6.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 128.

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

*Présentée et soutenue le 20 juin 1853,*

**Par Léon RIEUX,**

né à Feurs (Loire),

ancien Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux et Hospices civils de Paris,
ex-Médecin adjoint de l'Établissement du Gros-Caillou,
Lauréat du Ministère de l'Agriculture et du Commerce (Médaille d'Argent),
Lauréat du Ministère de l'Intérieur (Médaille de Bronze),
Membre titulaire de la Société médicale d'Observation,
Membre de la Société Anatomique.

## CONSIDÉRATIONS

SUR

## L'ÉTRANGLEMENT DE L'INTESTIN DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE,

ET SUR UN MODE D'ÉTRANGLEMENT NON DÉCRIT PAR LES AUTEURS.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1853

1853.— *Rieux.*

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

*Professeurs.*

M. P. DUBOIS, DOYEN. MM.

| | |
|---|---|
| Anatomie | DENONVILLIERS. |
| Physiologie | BÉRARD. |
| Chimie médicale | .......... |
| Physique médicale | GAVARRET, Examinateur. |
| Histoire naturelle médicale | MOQUIN-TANDON. |
| Pharmacie et chimie organique | WURTZ. |
| Hygiène | BOUCHARDAT. |
| Pathologie médicale | DUMÉRIL, Président.<br>REQUIN. |
| Pathologie chirurgicale | GERDY.<br>J. CLOQUET. |
| Anatomie pathologique | CRUVEILHIER. |
| Pathologie et thérapeutique générales | ANDRAL. |
| Opérations et appareils | MALGAIGNE. |
| Thérapeutique et matière médicale | GRISOLLE. |
| Médecine légale | ADELON. |
| Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés | MOREAU. |
| Clinique médicale | BOUILLAUD.<br>ROSTAN.<br>PIORRY.<br>TROUSSEAU. |
| Clinique chirurgicale | ROUX.<br>VELPEAU.<br>LAUGIER.<br>NÉLATON. |
| Clinique d'accouchements | P. DUBOIS. |

*Secrétaire*, M. AMETTE.

*Agrégés en exercice.*

MM. BEAU.
BÉCLARD.
BECQUEREL.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX.
DEPAUL.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
FLEURY.
GIRALDÈS.
GOSSELIN.

MM. GUENEAU DE MUSSY.
HARDY.
JARJAVAY.
REGNAULD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VIGLA, Examinateur.
VOILLEMIER, Examinateur.

# CONSIDÉRATIONS

SUR

# L'ÉTRANGLEMENT DE L'INTESTIN

## DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE,

ET

## SUR UN MODE D'ÉTRANGLEMENT

NON DÉCRIT PAR LES AUTEURS.

Ad extremos morbos, extrema exquisite remedia optima sunt.
(*Hippocratis Aphorismi*, sect. 1, aph. 6.)

## AVANT-PROPOS.

En traitant un sujet si difficile et si complexe, je n'ai nullement eu la prétention de faire un travail complet. Ayant eu l'occasion, pendant mon internat dans les hôpitaux, de constater un mode particulier d'étranglement interne, j'ai seulement voulu rattacher des faits qui me sont propres aux cas d'étranglement disséminés dans les divers recueils de médecine et de chirurgie, en essayant de les faire tous entrer dans une classification générale.

Mon but a aussi été de faire connaître les idées actuelles sur le traitement qu'il convient de suivre dans une affection si souvent mortelle.

---

### DÉFINITION.

Il règne dans la science une grande confusion sur ce que l'on doit entendre par étranglements internes.

Les uns, en effet, se plaçant au point de vue de la symptomatologie, regardent comme tels tous les obstacles au cours des matières fécales, quelles qu'en soient les causes.

Les autres, au contraire, se basant uniquement sur l'anatomie et la physiologie pathologiques, restreignent considérablement le nombre d'étranglements internes admis par les premiers, et cela pour ne pas forcer les analogies, en appliquant une dénomination commune à des affections fort différentes.

Si, d'une part, on a voulu trop embrasser, de l'autre on s'est peut-être montré trop exclusif. Il me semble que, lorsqu'on veut faire l'histoire des étranglements internes, et bien délimiter son sujet, il faut surtout se préoccuper de deux faits principaux, savoir : l'absence de hernie, et le rétrécissement du calibre de l'intestin, d'où naissent les accidents formidables de rétention des matières fécales. Au reste, comme chacun est libre d'entendre comme il veut les mots dont le sens n'est pas parfaitement établi, je donnerai au mot étranglement interne celui qui me paraît le plus rigoureux et le plus convenable.

J'admettrai un étranglement interne, toutes les fois qu'en un point quelconque d'un intestin non hernié ou ayant cessé de l'être, il y aura une constriction accidentelle suffisante pour mettre obstacle au cours des matières fécales.

Nous établissons donc de suite une distinction bien marquée entre l'obstruction et l'étranglement. Pour beaucoup de praticiens, ces

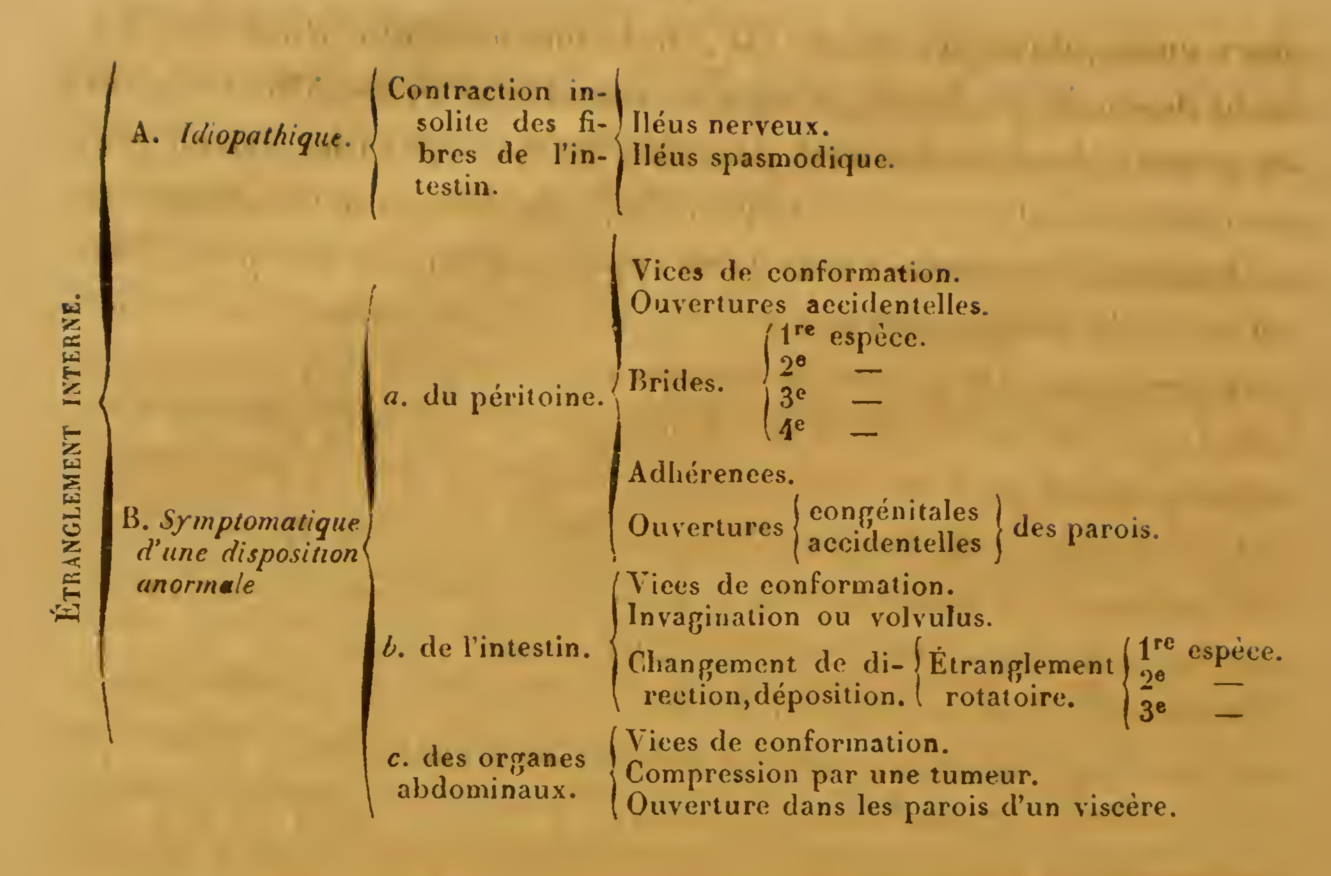
deux mots jouissent, il est vrai, de la même signification; mais si, au lit des malades, les signes qui viennent révéler ces affections sont les mêmes dans la majorité des cas, ce n'est pas une raison pour confondre ces dernières, lorsqu'il s'agit de déterminer, en anatomie pathologique, à quelle classe elles appartiennent. Aussi, pour nous, un amas de matières fécales par suite de constipation, une tumeur cancéreuse, polypeuse, ayant son point de départ dans les tuniques intestinales altérées, sont autant de cas d'obstruction intestinale, et non d'étranglement.

Les observations de MM. Renaud, Monod, Leigh Thomas et autres, qui sont données comme des exemples d'étranglement interne par suite du passage de calculs biliaires ou autres corps étrangers dans l'intestin, doivent rentrer dans la même catégorie, tandis que nous comprenons dans notre définition les maladies désignées autrefois sous les noms d'*iléus nerveux*, de *volvulus*, comme nous aurons occasion de le voir plus loin.

## DIVISION ET CLASSIFICATION.

Les auteurs qui ont écrit sur les étranglements de l'intestin dans la cavité abdominale, n'ayant pas voulu établir de différence entre l'iléus, le volvulus, l'obstruction et l'étranglement, ont rencontré dans le classement de ces diverses affections des dificultés qu'ils n'ont pu vaincre. C'est ainsi qu'ils ont été obligés, alors qu'il était possible de les réunir et de les grouper, de créer sans ordre autant de titres qu'ils ont découvert de variétés d'étranglements.

Un pareil désordre scientifique rend peu fructueuse l'étude de l'anatomie pathologique de ce genre de maladies; aussi je propose la classification suivante, que je dois à l'obligeance d'un de mes amis, le D[r] X. Richard; elle me paraît susceptible de renfermer tous les faits connus d'étranglement.



Étranglement interne.
- A. *Idiopathique.* — Contraction insolite des fibres de l'intestin. — Iléus nerveux. Iléus spasmodique.
- B. *Symptomatique d'une disposition anormale*
  - a. du péritoine.
    - Vices de conformation.
    - Ouvertures accidentelles.
    - Brides. 1re espèce. 2e — 3e — 4e —
    - Adhérences.
    - Ouvertures congénitales / accidentelles des parois.
  - b. de l'intestin.
    - Vices de conformation.
    - Invagination ou volvulus.
    - Changement de direction, déposition. Étranglement rotatoire. 1re espèce. 2e — 3e —
  - c. des organes abdominaux.
    - Vices de conformation.
    - Compression par une tumeur.
    - Ouverture dans les parois d'un viscère.

J'étudierai séparément chacun des modes de l'étranglement idiopathique et symptomatique.

## 1° Étranglement interne idiopathique.

Sous le nom d'*étranglement idiopathique*, nous comprenons l'iléus nerveux et l'iléus spasmodique.

L'iléus nerveux, admis surtout par les anciens, consiste dans une inversion du mouvement péristaltique des intestins, capable de produire des vomissements de matières stercorales. De Haen, Van Swieten, Morgagni, et d'autres encore, ont même attesté que des lavements récemment donnés avaient été rejetés par la bouche. Les explications de ce phénomène étrange n'ont pas manqué. Suivant de Haen, le mouvement antipéristaltique est si violent, il presse avec tant de force les matières renfermées dans le tube digestif contre la valvule de l'iléon, que celle-ci est entièrement allongée distendue, et que son anneau disparaît. Selon Barthez, si le mouve-

ment antipéristaltique chasse du colon dans l'iléon le liquide qui avait été reçu en lavement, c'est que l'anneau de la valvule iléo-cœcale se relâche spontanément par un effet de l'affection contre nature qu'éprouve alors le principe vital. On sait qu'entre les mains des vitalistes, le principe vital peut rendre raison de bien des faits.

Dans un article du *Dictionnaire des sciences médicales*, M. Montfalcon admet que le rejet par la bouche des lavements et des matières fécales par l'inversion du mouvement péristaltique des intestins est un fait accepté, et l'un des caractères essentiels de l'iléus nerveux. Il va plus loin, il parle d'iléus sympathique, d'iléus symptomatique; il dit enfin qu'il est métastatique, puisqu'on l'a vu résulter de la rétropulsion de la goutte et des maladies cutanées.

Je ne puis laisser de côté des idées qui n'ont plus cours dans la science, et passer outre, sans exprimer un doute sur la nature des matières rendues par la bouche. Les vomissements prétendus stercoraux ont-ils jamais renfermé réellement ce que l'on doit appeler des matières fécales ? Ne peut-on pas admettre que les aliments, faisant un long séjour dans l'intestin grêle, et subissant un commencement de décomposition, finissent par prendre l'odeur des matières situées dans le gros intestin ? Les matières vomies ne présenteraient pas alors les véritables caractères des excréments relatifs à la couleur, à l'odeur et à la consistance ; elles ne seraient que du chyle altéré et coloré par la bile, et n'auraient plus besoin du principe vital pour franchir la valvule iléo-cœcale.

J'ai fait quelques expériences sur le cadavre, dans l'intention de m'assurer si un liquide pouvait franchir la valvule iléo-cœcale; il m'a été très-difficile de faire passer, à l'aide d'une forte injection d'eau, quelques gouttes de ce liquide du cœcum dans l'iléon.

Malgré l'autorité des noms que je viens de citer, je ne puis donc croire à l'iléus nerveux tel qu'on le comprenait autrefois; mais je ne serai pas aussi affirmatif dans mes conclusions que M. Raige-Delorme, qui, niant l'iléus idiopathique, le considère comme toujours déter-

miné par des conditions organiques (1). Il existe dans la science des faits qui sembleraient démontrer qu'il peut se déclarer un iléus spasmodique, c'est-à-dire résultant d'une contraction violente d'une portion annulaire de l'intestin.

Tel est le fait rapporté par Ranoë, dans les *Actes de Copenhague*, t. 2, p. 348. Une femme hystérique, d'âge moyen, après six jours de constipation, fut prise de vomissements, de tympanite, de fièvre violente, etc. Les saignées, les laxatifs, les injections de fumée de tabac, échouèrent. Le pouls était devenu insensible, les hoquets fréquents, les vomissements *stercoraux,* lorsque l'administration de l'eau froide à l'intérieur, des fomentations froides, fréquemment renouvelées, sur le ventre, amenèrent enfin, dans des efforts inouïs, presque convulsifs, l'expulsion d'une grande quantité d'excréments durs comme la pierre. Il y eut dès lors un amendement marqué des symptômes iliaques, qui fut bientôt suivi d'un rétablissement complet.

Si cet étranglement de nature spasmodique, admis par quelques auteurs, notamment par Copland (2) et par Sauvages, persiste pendant un certain temps, il pourra occasionner un véritable rétrécissement plus ou moins permanent du tube digestif. L'observation qui suit, empruntée à l'article *Volvulus* de M. Raige-Delorme, en est un exemple manifeste.

Un homme de quarante-six ans avait, depuis l'âge de vingt-cinq ans, une constipation habituelle, et était sujet à des coliques survenant à la moindre cause, quelquefois à des vomissements; une constipation contre laquelle échouèrent tous les moyens, des coliques violentes, des vomissements qui ne furent cependant jamais

---

(1) M. le professeur Grisolle nie d'une manière absolue, dans son *Traité de pathologie interne,* l'iléus nerveux ou *spasmodique,* avec vomissements stercoraux par la contraction spasmodique et antipéristaltique du tube digestif; mais, comme on peut le voir, le mot spasmodique n'est pas pris dans le sens que nous lui donnons.

(2) *Dict. of pract. med.,* t. 2, art. *Intestin.*

stercoraux, mirent fin à la vie. A l'autopsie, on trouva un rétrécissement du colon tel que sa cavité était réduite au volume d'une plume d'oie. Ce rétrécissement commençait à la courbure gauche du colon, et s'étendait jusqu'à la courbure sigmoïde ; il était dû à un épaississement considérable des membranes ; la muqueuse était lisse, brillante, d'apparence fibreuse.

Si nous rapprochons ces faits de ceux qu'a observés M. le professeur Andral dans quelques cas, nous serons bien autorisé à penser que certaines modifications apportées dans le calibre de l'intestin sont dues à une contraction insolite et permanente de ses fibres musculaires.

« On trouve quelquefois, dit M. Andral (1), sur le cadavre, une très-grande partie du tube digestif distendue par une très-grande quantité de gaz, jusqu'à un point où tout à coup l'intestin présente un rétrécissement circulaire, au delà duquel on ne rencontre plus ni gaz ni dilatation de la cavité ; à l'endroit du rétrécissement, il n'y a d'ailleurs aucune altération organique appréciable, il semble être uniquement produit par une contraction des fibres musculaires qui a persisté après la mort, comme persiste, pendant un certain temps, l'espèce de contraction d'où résulte la roideur cadavérique.

Parmi les canaux organiques munis de fibres circulaires, l'intestin n'est pas le seul qui offre un exemple d'un étranglement spasmodique. Les praticiens qui se sont occupés des maladies des voies urinaires ont bien souvent observé que, chez certains malades, le contact d'une sonde métallique avec la muqueuse du canal de l'urèthre occasionnait un spasme parfois si considérable que la sonde était prise comme dans un étau, et qu'il était alors prudent de cesser momentanément toute espèce de tentative. Le spasme de l'œsophage a aussi été mentionné par quelques auteurs, particulièrement par Boyer, qui en parle assez longuement dans son *Traité des maladies*

---

(1) *Précis d'anatomie pathologique.*

*chirurgicales*. De ce qui précède, il résulte que l'on peut admettre l'existence d'un iléus spasmodique.

## 2° Étranglement interne symptomatique.

### *Étranglement interne par vices de conformation du péritoine.*

Le péritoine est tellement compliqué dans le trajet qu'il parcourt, que ses vices de conformation ont dû échapper souvent à l'examen des anatomo-pathologistes. Il faut que l'attention soit dirigée et fixée sur un de ses points pour qu'on puisse remarquer des anomalies, surtout lorsqu'elles n'offrent aucun caractère de gravité.

Si nous n'avions eu à rechercher la cause d'une mort, pour ainsi dire subite, chez une de nos malades, nous n'aurions certainement pas reconnu dans la disposition anatomique du péritoine une particularité qui n'a pas encore été signalée, et qu'il est très-important de noter, parce qu'elle peut donner lieu à un étranglement de l'intestin, comme le prouve l'observation suivante, que nous avons prise en son temps.

### Ire OBSERVATION.

Étranglement de l'intestin grêle dans une cavité péritonéale anormale située sous le cœcum.

Le 1er février 1848, entre à la Maison nationale de santé la nommée Chartrain (Marie), âgée de quarante-deux ans, cuisinière, demeurant rue Saint-Louis.

Cette malade, interrogée sur ses antécédents, répond qu'elle a toujours joui d'une santé parfaite jusqu'au 25 janvier, où elle a commence à éprouver une douleur dans le côté droit, en même temps qu'une perte d'appétit; toutefois elle dit se rappeler que, de loin en loin, elle a eu des coliques assez vives, mais tout à fait passagères.

A midi, moment de son entrée, je constatai l'état suivant : embonpoint très-marqué, tempérament lymphatique, visage légèrement bouffi et coloré en jaune, les yeux sont un peu enfoncés dans l'orbite ; cependant la physionomie exprime une gêne extrême plutôt que de la souffrance ; les fonctions intellectuelles sont intactes ; le pouls, vibrant, peu résistant, est à 90 environ ; la peau est couverte d'une sueur visqueuse ; bouche pâteuse, langue rouge sur les bords, soif vive, hoquet ; les urines sont troubles, rougeâtres, rendues en très-petite quantité ; la malade se dit brisée et incapable de faire un mouvement ; elle n'a pas eu de garde-robes depuis six jours ; le ventre, qui est gros naturellement, au dire de la malade, est énormément distendu, surtout dans les régions sous-ombilicale et hypogastrique ; par la percussion, on obtient un son tympanique très-évident ; l'auscultation du cœur et de la poitrine ne dénote rien de particulier. — Cataplasme émollient sur le ventre, bain, lavement de savon, tisane d'orge et chiendent, diète.

A une heure de l'après-midi, le lavement a été rendu tel qu'il avait été donné. J'en ai fait prendre un second avec 30 grammes de sulfate de soude ; la tisane, dont la malade n'avait pris que quelques gorgées, a été vomie accompagnée d'un peu de bile ; le bain a été supporté très-difficilement, à cause de la prostration extrême des forces. La malade se plaint d'une douleur peu vive dans le ventre ; elle accuse seulement un sentiment d'oppression dans le côté droit de l'abdomen, et une grande fatigue. — Tisane d'orge et chiendent ; potion purgative avec calomel, 6 décigram. et miel blanc, 8 gram. ; couche d'onguent mercuriel sur le ventre ; cataplasme émollient.

Quatre heures. Le volume du ventre a encore augmenté ; vomissements plus fréquents, et composés de matières jaunes, verdâtres, peu épaisses, mélangées de quelques flocons blanchâtres. La malade ne peut rien conserver ; aussi s'abstient-elle, malgré sa soif, de prendre la plus petite goutte de tisane. Le lavement n'a produit aucun effet ; le purgatif au calomel n'a également amené aucune selle. Le pouls est monté à 100, il est petit, se laissant facilement déprimer :

la respiration est considérablement gênée en raison de la distension de l'abdomen. Décubitus dorsal. — Onguent mercuriel sur le ventre, cataplasme émollient, lavement de chlorure de sodium, fragments de glace pour boisson.

Sept heures du soir. La malade ne peut plus parler, tant elle est épuisée; le lavement n'a rien amené; les vomissements ont cessé; la glace est bien supportée; le ventre est dans le même état. Si on appuie la main pour percuter, on n'occasionne presque pas de douleur, mais une grande gêne dans les mouvements respiratoires, par suite du refoulement mécanique des gaz. Sueurs abondantes et visqueuses; la malade n'a uriné qu'une fois depuis son entrée; le pouls est petit, à 120; l'intelligence est saine.

Huit heures. La malade a succombé avec la plénitude de sa raison. Les vomissements n'ont jamais été stercoraux.

*Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.*

Roideur cadavérique assez marquée; teinte violacée de la peau dans la région sous-ombilicale.

*Cavité thoracique.* Elle est ouverte et n'offre rien de particulier. Le tissu pulmonaire ne renferme pas de tubercules; le cœur est à l'état normal.

*Cavité abdominale.* Aussitôt que la paroi abdominale, qui est d'une épaisseur remarquable, est incisée et rejetée de côté, on aperçoit les circonvolutions de l'intestin grêle énormément distendues par des gaz; pas de traces de péritonite, pas de sérosité, pas de pseudo-membranes. Le péritoine est lisse et offre sa coloration naturelle. En soulevant le paquet de l'intestin grêle, on remarque que vers le tiers inférieur une portion de ce même intestin s'enfonce sous le cœcum. En examinant avec précaution, on reconnaît que 8 centimètres d'intestin grêle pénètrent dans une cavité anormale située sous le cœcum. En opérant un léger tiraillement sur l'intestin engagé, on éprouve une certaine résistance; on sent facilement qu'il est em-

prisonné et étranglé dans cette cavité. Aussi son volume est-il diminué du tiers dans toute la partie située au-dessous de l'étranglement. La portion située au-dessus au contraire est considérablement dilatée par des gaz, jusqu'au point précis où l'intestin pénètre dans la poche sous-cœcale. L'étranglement est indiqué sur l'intestin par une ligne circulaire dont la couleur rouge contraste vivement avec la teinte pâle du reste du tube digestif. Cette cavité, située sous le cœcum, et terminée en cul-de-sac, a 7 centimètres dans le sens longitudinal, et 5 dans le sens transversal, c'est-à-dire en profondeur; elle est entièrement tapissée à sa partie supérieure, comme à sa partie inférieure, par un feuillet péritonéal lisse et en tout semblable à celui qui revêt la face supérieure du cœcum. Autour de l'entrée de la cavité, existe un épaississement du tissu cellulaire sous-péritonéal, représenté par un relief circulaire du péritoine, et si, à quelques centimètres de distance, on exerce une traction sur le péritoine, ce relief forme des liens qui ferment complétement la cavité à la manière des cordons de bourse. A part cette anomalie du péritoine et l'étranglement d'une partie du tube digestif, les organes renfermés dans la cavité abdominale ne présentent rien de remarquable.

*Cavité crânienne.* Comme l'intelligence de la malade avait été intacte jusque dans les derniers instants de la vie, le cerveau n'a pas été examiné.

Pour qu'il soit plus facile de se rendre compte de la position de cette poche accidentelle, et de saisir la conformation anormale du péritoine, je vais rendre présente à l'esprit sa description régulière.

On se souvient qu'à droite de la région postérieure de l'abdomen, le péritoine rencontre le cœcum, et qu'il se comporte différemment avec lui, suivant les sujets : ainsi tantôt il l'entoure complétement, en sorte que cet intestin, libre de tous côtés, est susceptible d'une grande mobilité; tantôt, au contraire, et c'est la disposition que l'on rencontre le plus fréquemment, le péritoine passe simplement au

devant du cœcum, qu'il applique contre la fosse iliaque droite, à laquelle cet intestin adhère par un tissu cellulaire séreux assez lâche. Quant à l'appendice vermiculaire, tantôt il lui forme un petit mésentère, tantôt il s'applique contre la face postérieure du cœcum, ou contre l'iléon, ou contre la partie inférieure du mésentère. Au-dessus du cœcum, le péritoine revêt le colon lombaire droit, sur lequel il présente la même disposition que pour le colon lombaire gauche.

Sur la femme dont nous rapportons l'observation, il n'applique pas le cœcum contre la fosse illiaque, mais il revêt sa face supérieure, puis sa face inférieure, et de là revient continuer sa marche ordinaire après avoir formé une vaste ampoule qui réunit toutes les conditions d'un vrai sac herniaire. Ce prolongement en cul-de-sac du péritoine sous le cœcum mérite donc l'attention des anatomistes.

Un second fait, communiqué par mon collègue des hôpitaux, le D^r Escallier, prouve également le même mode d'étranglement par le passage d'une anse intestinale dans une cavité analogue formée par le péritoine.

### II^e OBSERVATION.

Hernie épiploïque non étranglée; étranglement interne sous le cœcum.

M. F..., sans profession, âgé de quarante-quatre ans, entre à la Maison de santé le 17 juillet 1848, à cinq heures du soir; il est porteur, depuis 1823, d'une tumeur qui remplit la bourse gauche. Cette tumeur d'abord sortait et rentrait, puis elle n'est plus rentrée depuis douze ans. Elle était soutenue par un suspensoir, et, depuis la même époque, elle a toujours eu la même forme et le même volume qu'elle a aujourd'hui. Cette tumeur est piriforme, à petite extrémité supérieure, et se prolongeant dans le ventre par l'anneau inguinal. Son volume est presque égal à celui d'une tête de nouveau-né; sa grosse extrémité porte en avant un petit appendice de nature graisseuse;

elle est mollasse, et donne exactement au toucher la sensation d'une masse épiploïque sans aucune perception de corps globuleux; elle donne un son mat à la percussion; elle est enfin parfaitement indolente, même à la pression. A côté de cet état de la tumeur, nous trouvons l'état général suivant : depuis quatre jours, douleur de ventre sous forme de colique, et absence de garde-robes; depuis hier, vomissements de boissons et de matières bilieuses. Aujourd'hui même constipation, mêmes vomissements, mais toutefois plus rares; de plus, ventre ballonné, surtout à droite, douloureux partout au toucher, mais surtout à la région du cœcum; soif vive, langue rouge à la base et à la pointe, nausées; pouls à 105; peau chaude couverte de sueur; urine normale.

Le malade est envoyé par un médecin des Batignolles pour subir l'opération de la hernie. Après avoir examiné le malade, je ne trouve pas d'indication d'opération; je songe plutôt à un étranglement interne, et je présume qu'il doit avoir son siége à la région iliaque droite. Mon collègue Rieux m'en avait montré un exemple quelque temps auparavant. J'essaye toutefois le taxis pendant quelques minutes, mais infructueusement; je fais élever le bassin, j'ordonne un cataplasme et un lavement de tabac, et j'envoie chercher M. Monod, qui pense comme moi, et prescrit 30 sangsues sur le ventre, surtout à droite.

Le 18 au matin, même état. (Cataplasme; 12 pilules avec calomel 0,05; extrait thébaïque 0,01, toutes les trois heures; glace à l'intérieur.) Le soir, aucun changement; quelques vomissements bilieux, mais nullement stercoraux; ventre plus ballonné; diaphorèse très-abondante, surtout à la face; pouls plus petit et plus fréquent. — Un quart de lavement avec 15 grammes d'éther et décoction de valériane. Ce lavement l'a un peu calmé.

Le 19, même état que la veille au soir; les pilules sont bien supportées. — Mêmes pilules; lavement avec éther; cataplasme, glace.

Le 20, mort; on n'a pas constaté de vomissements stercoraux.

*Autopsie, vingt-quatre heures après la mort.*

*Incision de la hernie.* Sac péritonéal épaissi; dans l'intérieur, masse énorme uniquement formée d'épiploon. Cet épiploon offre de la rougeur superficiellement, mais sans liquide, fausse membrane, ni adhérences, enfin sans traces d'inflammation. Le petit doigt pénètre à travers l'anneau, qui n'exerce aucun étranglement.

*Ouverture du ventre.* L'épiploon n'existe que du côté gauche, très-étroit, et presque tout entier dans la hernie. Le ventre est rempli par les circonvolutions de l'intestin grêle, très-distendu par des gaz, accolées les unes contre les autres par des fausses membranes récentes, molles, albuminoïdes. Entre ces circonvolutions, liquide jaunâtre avec flocons albumineux; dans quelques points, petits foyers purulents. Je tirai l'intestin grêle, et le remarquai derrière le cœcum. La dilatation gazeuse s'étend jusqu'au niveau de la valvule iléo-cœcale. A ce point, je surprends la dernière portion de l'intestin grêle enfoncée sous le cœcum, et je retire 5 centimètres environ d'intestin dont le diamètre est à peine le quart du reste de l'intestin grêle. La coloration, du reste, n'est guère différente; cette portion retirée, il est facile de voir qu'elle était engagée dans une sorte de cavité doublée par le péritoine, fermée en bas par le péritoine épanoui et formant une bride péritonéale bien nette, et dans un autre sens par le cœcum lui-même. Cette cavité peut recevoir la moitié de la longueur du petit doigt; le gros intestin est aplati et d'un volume inférieur à celui de l'intestin grêle.

J'ai rencontré cette même disposition du péritoine, en 1847, à l'hospice des Enfants Trouvés, chez un enfant de quinze mois environ, mort d'une pneumonie lobulaire, dans le service de M. Thévenot. La cavité abdominale était à l'état normal, c'est-à-dire qu'il n'y avait traces d'inflammation ni de l'intestin, ni du péritoine, et 4 ou 5 centimètres d'intestin grêle pénétraient sous le cœcum dans une cavité anormale, de 4 centimètres environ de profondeur, entièrement tapissée par le péritoine, et dont les bords d'entrée formaient

un léger relief. Comme l'anse intestinale flottait à l'aise, les matières alimentaires pouvaient continuer leur trajet sans subir un point d'arrêt; mais il est probable que plus tard, sous l'influence d'une indigestion avec développement intestinal par des gaz, ou d'une inflammation du péritoine, produisant consécutivement des pseudo-membranes, le collet de ce sac herniaire aurait été tiraillé et aurait étranglé l'intestin grêle, ayant joui jusque-là de toute la mobilité nécessaire aux fonctions digestives.

J'ai présenté à la Société anatomique la pièce qui concerne la première observation. Une discussion s'est alors élevée sur le mode de formation d'une semblable anomalie. A ce sujet, je demande la permission de reproduire le passage du compte rendu qui établit l'opinion des membres de cette Société.

« Vous devez à M. Rieux une communication extrêmement intéressante. Chez une femme qui avait présenté pendant la vie des signes d'étranglement interne, vous avez vu au-dessous du cœcum une ouverture annulaire du péritoine, à travers laquelle s'engageait une portion de l'intestin dont la partie supérieure offrait une dilatation très-considérable. La difficulté ici était de trouver le mécanisme d'après lequel s'était opéré cet étranglement. Suivant M. Deville, dont MM. Blot et Gubler partageaient l'opinion, le péritoine aurait été refoulé par l'intestin, qui s'en serait coiffé comme d'une espèce de sac. L'absence de rupture et la surface lisse de la cavité dans laquelle était engagé le viscère rendaient cette opinion probable. L'examen ultérieur de la pièce l'ayant confirmé, il en est résulté, Messieurs, que le cas de M. Rieux est un exemple de hernie réelle avec un sac» (1).

---

(1) Compte rendu des travaux de la Société anatomique pour l'année 1848, par le Dr Richard, secrétaire.

*Étranglement interne par des ouvertures accidentelles du péritoine.*

Blandin a signalé dans son *Traité d'anatomie topographique* un fait bien remarquable d'étranglement par suite d'une ouverture du péritoine (1). Une grande partie du paquet de l'intestin grêle s'était introduite par l'hiatus de Winslow dans l'arrière-cavité des épiploons, puis était sortie par une ouverture étroite anormalement établie dans le mésocolon transverse; cette ouverture exerçait sur l'intestin une constriction forte qui en avait déterminé le sphacèle.

Dans le mémoire d'Hévin, il est dit que Saucerotte a vu l'étranglement se produire par une ouverture annulaire du mésentère.

Arnaud et Baudelocque ont rapporté des cas d'étranglement intestinal par perforation de l'épiploon.

Textor a noté l'étranglement de deux anses d'intestin grêle par une déchirure du péritoine (2).

Fages, chirurgien de l'hôpital des Vénériens de Montpellier, fait aussi mention d'un étranglement de l'iléon à travers une ouverture anormale du péritoine.

Le D[r] Coutenot a publié dans le *Bulletin de la Société de médecine de Besançon* une observation d'étranglement d'une anse intestinale de l'iléon par une déchirure opérée dans le mésentère, près de son insertion au rachis.

Depuis Scarpa, on sait que les parties qui constituent le collet d'un sac herniaire peuvent subir des modifications qui rendent cette partie susceptible de devenir une cause d'étranglement.

Le professeur Malgaigne va même jusqu'à considérer cette cause comme à peu près constante; dès lors on peut en quelque sorte regarder ce collet comme une ouverture accidentelle du péritoine, et

---

(1) *Traité d'anatomie topographique*, 2[e] édition, p. 467.

(2) *Grunzüge zur lehre der chir. Oper.*, t. 1, p. 627.

ranger ici les étranglements internes survenus dans la cavité abdominale à la suite de hernies réduites avant qu'on ait fait cesser l'étranglement par le collet.

*Étranglement interne par des brides péritonéales.*

Les brides péritonéales qui occasionnent l'étranglement sont très-variables par leur étendue, leur consistance et leur volume; en ayant égard à leur direction, on en distingue quatre espèces principales.

1re ESPÈCE. — *Brides allant d'un intestin à un autre.*

M. Louis a publié dans les *Archives générales de médecine* (1) un cas très-intéressant d'étranglement de l'intestin grêle par une bride qui unissait l'*S* du colon à l'iléum. Le sujet de cette observation était une femme âgée de trente-quatre ans, qui avait présenté durant sa maladie les symptômes d'un étranglement de l'intestin.

A l'ouverture du corps, M. Louis trouva les circonvolutions libres dans la partie supérieure du ventre, mais unies entre elles au-dessous de l'ombilic au moyen d'une fausse membrane molle et jaunâtre, et c'est dans cette dernière partie qu'existait l'étranglement. Celui-ci se trouvait à 22 pouces du cœum; la partie étranglée avait 2 pieds de long, et une couleur rouge médiocrement foncée.

L'étranglement avait lieu au moyen d'un cordon ligamenteux de 21 lignes de long sur 1 de large, qui unissait l'*S* du colon à l'iléum, 20 pouces avant le cœcum. Ce cordon, qui était probablement tendu dans l'état ordinaire, s'était replié sur lui-même par le rapprochement de ses extrémités, et avait formé un anneau à travers lequel passait l'anse indiquée, de telle sorte que plus les intestins tendaient

---

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. 2, p. 186; 1827.

à reprendre leur position naturelle, plus l'étranglement devenait complet.

M. Fleury a présenté à la Société anatomique un étranglement interne survenu chez une fille publique de Saint-Lazarre.

Sur le bord adhérent de l'intestin grêle, on voyait une bride cellulo-fibreuse, ronde, très-solide, fixée par ses deux extrémités, et formant ainsi une espèce d'arcade sous laquelle une anse intestinale s'est engagée et a subi un étranglement.

2<sup>e</sup> ESPÈCE. — *Brides allant de l'intestin à la surface du péritoine.*

Dans une observation de M. Martin jeune, de Lyon, un prolongement qui naissait de l'iléon allait se fixer à la portion voisine du mésentère, et embrassait sous lui trois anses d'intestin.

Des étranglements par le même mécanisme ont été vus par Lafaye, Dupuytren, M. Rokitansky, etc.

Je crois devoir donner ici en entier une observation qui confirme cette espèce d'étranglement interne; elle m'a été communiquée par M. Ragut, chirurgien sous-aide.

### IIIe OBSERVATION.

Étranglement interne; mort, autopsie.

Le 19 mars 1852, vers onze heures du matin, on apporta, sur un brancard, le nommé Hédoin (Aimable-Frédéric), né le 22 octobre 1826, âgé de vingt-cinq ans et demi, carabinier au 24e régimentd'infanterie légère.

Cet homme, dont l'intelligence était parfaitement nette, et qui arriva sans aucun renseignement de l'officier de santé du corps, raconta que la veille, vers neuf heures du soir, il fut pris presque subitement, et sans cause connue, de coliques violentes qui n'ont pas cessé depuis, et qui, quoique continues, se renouvellent par des

exacerbations. Il dit aussi avoir eu quelques vomissements, et n'avoir fait aucun excès. Dans le but de faire passer ces coliques, il prit un verre d'absinthe pure. Mais, comme son mal continuait, il se décida dans la nuit, vers deux heures du matin, à faire appeler l'aide-major, M. Lanel. Ce dernier prescrivit un ou deux lavements émollients et un cataplasme sur le ventre.

Pas d'amélioration, et envoi du malade à l'hôpital, où il arrive le 19, à onze heures du matin.

A son arrivée, il présente la série des symptômes suivants : coliques violentes, continues, mais présentant de fréquentes exacerbations. Ces douleurs abdominales, quoique se faisant sentir dans la presque totalité de l'abdomen, ont comme un point de départ fixe, marqué aussi par une plus grande intensité. Ce point est le flanc droit et la région cœcale. Ventre tendu, ballonné, tympanitique, douloureux à la pression, principalement à la région du cœcum. La douleur, moins intense que dans la péritonite et nullement pongitive, permet la percussion, la palpation de l'abdomen. Langue humide, sans rougeur; hoquet, envies de vomir continuelles, et vomissements muco-bilieux et verdâtres; soif peu marquée, mais les plus petites gorgées de liquide sont rejetées presque immédiatement après leur ingestion; selles supprimées. Le malade s'agite dans son lit, se couche sur le côté gauche, se ratatine, se pelotonne, pousse des plaintes, des gémissements, surtout au moment où la douleur s'exaspère; les extrémités inférieures sont froides; la physionomie, inquiète et anxieuse, est grippée, profondément altérée; les yeux sont enfoncés, entourés d'un cercle brun; le nez est effilé : c'est, en un mot, le facies hippocratique. La voix est altérée, comme éteinte; le pouls est fréquent, petit, dépressible, misérable; l'intelligence est intacte.

Effrayé de symptômes si subitement déclarés et si profondément caractérisés, je fis avertir aussitôt M. le médecin en chef; mais, en l'attendant, je fis donner un lavement émollient et appliquer sur le ventre un cataplasme laudanisé.

Peu d'instants après l'arrivée du malade, je reçus, de M. l'aide-major Lanel, une note renfermant les détails sur ce qu'il avait fait (indiqué plus haut), et son opinion relativement à l'affection probable dont le malade était atteint. Cette opinion reposait sur une *gastro-entérite* ou un *iléus.*

M. le médecin en chef arriva à midi et demi, prit connaissance de la note de M. l'aide-major, vit le malade, et diagnostiqua une *gastro-entérite.* — 15 sangsues sur l'abdomen et cataplasme ; eau gommeuse, 1 litre.

A la contre-visite (trois heures du soir), aucun changement. — Saignée de 400 gr. ; cataplasme maintenu sur le ventre.

Le même état continua jusqu'au lendemain, 20 mars, quoiqu'en s'aggravant un peu dans chacun de ses symptômes. — Eau de gomme ; 40 sangsues sur l'abdomen ; cataplasme, lavement huileux.

Aggravation progressive des symptômes, prostration extrême, agitation continuelle, pouls presque insensible, irrégulier, très-fréquent ; peau couverte de sueur froide ; face amaigrie, profondément altérée, et mort avec plénitude de l'intelligence, le 20 mars, à onze heures du soir, c'est-à-dire vingt-six heures après l'invasion des accidents.

Les vomissements n'ont pas cessé, ils ont toujours été bilieux, sans jamais prendre l'odeur stercorale.

*Autopsie le 22 mars, à neuf heures du matin, trente-quatre heures après la mort.*

Cadavre d'un homme bien constitué, assez fortement musclé ; roideur cadavérique prononcée.

On remarque à la région iliaque droite, au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, une empreinte brunâtre ; une tache pareille existe au niveau du grand trochanter du même côté ; ces deux empreintes en imposent pour des ecchymoses en voie de résolution assez avancée. Interrogé à cet égard pendant sa vie, le malade a persisté à dire qu'il n'avait reçu aucun coup, qu'il ne s'était

heurté contre aucun corps dur, et qu'il s'était toujours connu ces taches. On a oublié d'en faire l'examen anatomique.

A l'ouverture du ventre, on ne trouve aucune trace de péritonite; pas d'épanchement, pas d'adhérences, anses intestinales parfaitement libres. Le petit intestin est gonflé de gaz; sa coloration est normale à l'extérieur comme à l'intérieur; mais, en soulevant le paquet à gauche, on remarque que la fin de cet intestin est très-rouge, très-injecté, dans l'étendue de 1 mètre et demi environ, en remontant du cœcum. Le point où commençait cette altération était nettement tranché, car l'intestin passait brusquement de la coloration normale à une teinte violacée très-prononcée. Il en était de même au point où elle finissait. On remarque que du point d'origine partait une bride qui, passant par-dessus la fin de l'iléon (à l'endroit même où il s'abouche dans le cœcum), et allant adhérer au péritoine voisin, étranglait toute la portion comprise entre elle et le cœcum. L'adhérence était faible, puisqu'une simple traction suffit pour la détruire, et l'on vit alors que cette bride était constituée par une espèce de diverticulum de l'iléon, long de 1 décimètre, et de 1 centimètre de diamètre environ; il était rouge comme la portion étranglée de l'intestin. Cavité de l'intestin grêle vide; muqueuse gastro-intestinale saine, excepté dans la portion étranglée.

3e ESPÈCE. — *Brides allant d'un point de la surface du péritoine à l'autre.*

Le Dr Bonnet a rapporté dans sa thèse (1830) l'histoire d'un homme vigoureux, qui mourut après trois jours de souffrances, avec les signes d'un obstacle intestinal. A l'autopsie, il vit d'abord que le grand épiploon ne recouvrait plus les intestins grêles, que le cœcum, le colon descendant, n'étaient plus à leur place. En éloignant les anses intestinales, il s'aperçut que du bord droit du foie partait une bride arrondie, de 2 lignes de diamètre, un peu aplatie à son origine, qui passait sur le milieu des intestins grêles, et venait se ren-

dre, en travers, vers le milieu du flanc gauche. Dans la moitié de sa longueur, une autre plus courte venait s'y unir, partant de la fosse iliaque droite. Dans l'hypochondre gauche, il vit la bride se perdre sous une tumeur énorme, et faire un double tour autour d'elle sans lui adhérer; puis la bride s'élargissait, et se fixait au mésentère près de là. Il lui fut impossible d'abord de réduire la tumeur du double cercle qui la serrait; mais il le fit sans peine dès qu'il l'eut percée, et débarrassée des gaz et liquides qu'elle renfermait. La bride se trouva libre alors, et plus longue que l'étendue transverse du ventre; elle était rouge-violette, sans adhérence; elle passait au-dessus de l'intestin grêle, qu'elle croisait sans l'étrangler. Si on tirait sur elle, on augmentait la constriction, qui diminuait, au contraire, quand on rapprochait les deux extrémités. La portion étranglée était rouge, ecchymosée dans plusieurs points, livide et plus noire dans d'autres, quoique non gangrenée. Maille a fait la description d'une bride qui, allant d'une face du mésentère à l'autre, formait une anse, et produisait un étranglement (mém. d'Hévin).

4e ESPÈCE. — *Brides formées par le mésentère, l'épiploon.*

Chez les gens avancés en âge, l'épiploon se resserre souvent, et se transforme en un véritable ligament, qui, s'il adhère à une partie quelconque de la paroi abdominale, forme une anse sous laquelle les circonvolutions intestinales passent facilement et sont étranglées.

Tel est le fait que M. Bonnet (thèse déjà citée) a pu constater sur une jeune fille, dont l'autopsie fit voir en outre l'état suivant :

Les intestins étaient ballonnés; le grand épiploon adhérait, dans la fosse iliaque, au détroit supérieur du bassin, et formait une bandelette aplatie, qui adhérait au mésentère vers son milieu, de sorte qu'il y avait une arcade, au-dessous de laquelle étaient prises trois circonvolutions de l'intestin grêle. La première était légèrement déprimée par la bandelette; mais, derrière elle, s'en trouvaient deux autres, de sorte que la plus profonde, formée par l'iléon, était apla-

tie, rétrécie vis-à-vis la bride épiploïque, et il eût suffi de couper la bride en travers pour faire cesser cette compression médiate.

MM. Maunoury, Meyer, et Rokitansky, ont cités des observations analogues à celle de M. Bonnet.

*Étranglement interne par des adhérences.*

L'inflammation du péritoine produit le plus ordinairement, entre les circonvolutions intestinales, l'épanchement d'une certaine quantité de lymphe plastique, qui les maintient accolées entre elles ou avec un organe abdominal voisin, et gêne leur mouvement; il en résulte alors un ralentissement dans le cours des matières alimentaires, et la mort peut être la conséquence de cet état de choses, si une médication énergique ne vient rendre au tube intestinal sa contractilité normale.

Les cas de mort par adhérences intestinales sont assez nombreux : tel est, par exemple, celui dont fait mention M. Louis dans les *Archives générales de médecine* (1) : à 12 pouces du cœcum, l'intestin grêle était fixé à la partie inférieure du bassin, sur le côté droit de l'utérus, et l'anse qui précédait immédiatement cette adhérence formait un angle très-aigu avec celle qui la suivait, et, au sommet de cet angle, l'intestin offrait une espèce de *Z*.

Le D[r] Bertherand a consigné dans le dernier volume des *Mémoires de médecine militaire* une observation d'étranglement interne, ayant résulté de l'adhérence d'une bride épiploïque au colon.

Le fait remarquable de Dupuytren (2), dont nous parlons à propos du traitement chirurgical, est un exemple de ce genre d'étranglement.

---

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. 2, p. 193; 1827.

(2) Thèse de Maunoury, 1819.

Tels sont encore les cas publiés par MM. Rayer, le professeur Rostan, etc.

*Étranglement interne par des ouvertures congénitales et accidentelles des parois.*

Le diaphragme peut présenter, soit naturellement, soit accidentellement, des solutions de continuité qui permettent l'entrée des viscères abdominaux dans la cavité thoracique ; il est facile de comprendre que cette transposition ne saurait exister sans que les parties ainsi déplacées subissent un étranglement. M. Sigaud a publié dans les *Archives générales de médecine* un cas remarquable de ce mode d'étranglement :

Un jeune homme de vingt-deux ans mourut subitement, à la suite d'une indigestion. A l'autopsie, le diaphragme montra, vers sa partie gauche et postérieure, une ouverture ovalaire, à bords arrondis, dont le grand diamètre était au moins de 3 pouces. Les efforts des vomissements, occasionnés par l'indigestion, avaient fait pénétrer, à travers cette ouverture, dans la poitrine, une grande partie des intestins (1).

C'est à l'étranglement d'une portion intestinale, et à la gêne que sa présence a dû déterminer dans la circulation, que M. Sigaud attribua la mort subite de l'individu, sujet de l'observation.

Un fait semblable se trouve dans le journal *l'Expérience*, t. 1, p. 414.

A. Cooper (2) a vu l'intestin passer également dans des ouvertures naturelles ou anormales, existant au diaphragme.

Le D[r] Parise a cité l'exemple d'un intestin engagé à travers une éraillure du *fascia iliaca*, d'où étranglement et mort.

---

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. 1, p. 130 ; 1827.

(2) *Œuvres*, trad. franç., p. 130.

*Étranglement interne par vices de conformation des intestins.*

Les intestins offrent quelquefois des vices de conformation qui facilitent singulièrement leur étranglement. Ainsi M. Gendron fait mention, dans les *Archives générales de médecine,* d'un cas fort compliqué de déplacement intestinal qui avait eu pour conséquence la production de trois étranglements (1). C'était chez un enfant nouveau-né, dont l'aspect extérieur n'offrait, du reste, rien d'anormal.

Le duodénum passait par-dessus le colon transverse et formait autour de cet intestin une anse qui semblait soulever et tirer en haut le cœcum, placé au-dessus de la fosse iliaque. A gauche et à droite de cette anse, le colon transverse était dilaté et bosselé ; au-dessous, il était comme aplati entre le duodénum et la colonne vertébrale. Ces deux intestins étaient réunis par un repli du péritoine, qui, à gauche, se continuait avec le mésocolon transverse ; à droite, avec un mésocœcum représentant le mésocolon lombaire droit. L'intestin grêle, après avoir décrit plusieurs circonvolutions entre le cœcum qui était à sa droite et le colon descendant à sa gauche, présentait, à droite et au-dessus du cœcum, un double étranglement autour d'une bride du mésentère ; il y avait donc, immédiatement au-dessous du pylore, trois étranglements de l'intestin de gauche à droite : le premier, formé par le duodénum sur le colon transverse ; les deux autres, par une bride du mésentère, autour de laquelle se contournait deux fois l'intestin grêle.

Dans le *Journal complémentaire des sciences médicales,* t. 39, p. 409, se trouve l'observation d'un homme qui avait succombé avec les signes d'un étranglement interne. A l'autopsie, on trouva la disposition suivante : le colon descendant était beaucoup plus long

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. 8, p. 499; 1825.

que de coutume et se dirigeait du flanc gauche vers la colonne vertébrale, de haut en bas et de dehors en dedans, puis il se recourbait tout à coup de bas en haut, puis de nouveau de haut en bas, éprouvant ainsi sur lui-même une espèce de torsion qui avait produit l'étranglement. Des dispositions anormales de l'intestin ont encore été signalées par MM. Veiglein (de Vienne), Martin-Solon, Béclard, J. Cloquet, etc.

Il existe une variété d'étranglement qui doit trouver sa place parmi les vices de conformation de l'intestin ; c'est celle qui résulte de la présence de certains appendices intestinaux nommés diverticules. Suivant Richter, on les trouve le plus souvent à l'iléum. L'explication qu'on a donnée de leur origine est loin d'être la même pour les anatomistes.

Selon Littre (1), la formation des diverticules est toute mécanique, c'est-à-dire qu'une partie de l'intestin, pressée extérieurement, s'allonge et forme une espèce d'appendice à cet intestin.

Selon le célèbre anatomiste allemand Meckel (2), il faudrait faire remonter la présence de ces diverticules intestinaux aux premiers temps de la vie, et la rattacher aux lois qui président au développement du canal intestinal.

Quel que soit le mécanisme de leur production, leur présence n'en est pas moins un fait important à constater, puisqu'elle peut devenir une cause de mort, comme le prouve une observation rapportée par le Dr Fano (3).

Un terrassier âgé de cinquante ans avait présenté les symptômes d'un étranglement interne. Sous l'influence de la médication suivante :

Bains, sangsues, et pilules de Sédillot, on avait obtenu des garde-

---

(1) *Mémoires de l'Académie des sciences*, 1700.

(2) *Manuel d'anatomie générale*, traduction de Jourdan et Breschet.

(3) *L'Union médicale*, 1849 (service de M. Monneret, à l'hôpital Bon-Secours).

robes, mais le malade fut bientôt emporté par une péritonite, et à l'autopsie, on reconnut l'existence d'un diverticule creux, ayant une ouverture dans l'intestin. Il naissait du bord libre de l'intestin et se portait vers le mésentère, sur lequel il s'insérait. Il avait une forme cylindrique, et ressemblait à une portion d'intestin. La grosseur de cette bride diverticulaire était environ trois fois celle d'une plume d'oie ; elle embrassait une anse de l'intestin grêle et l'étranglait.

M. Bouvier a apporté à l'Académie de médecine, dans la séance du 8 avril 1851, une pièce d'anatomie pathologique représentant un cas d'étranglement intestinal par un diverticule de l'iléon. L'extrémité de l'appendice adhérait à l'épiploon et à l'intestin et formait une espèce de pont sous lequel une anse d'intestin était venue s'engager.

M. Rayer a inséré dans les *Archives générales de médecine* un cas à peu près analogue. Le diverticule iléal adhérait par son extrémité à un point de la surface de l'iléon, éloigné de 2 pouces environ de son origine.

Ces appendices de l'intestin s'allongent quelquefois au point de former de véritables nœuds.

Le Dr Parise (1), qui a bien étudié le mécanisme de l'étranglement interne par nœud diverticulaire, dit que cet étranglement se présente sous deux formes, selon qu'il est à anse simple ou à anse double. Dans la première forme, le diverticule contourne le pédicule d'une anse intestinale et constitue avec cette anse un nœud simple à rosette ; dans la seconde, deux anses sont étranglées, l'une supérieure, l'autre inférieure à l'origine du diverticule. De ces deux anses, l'une entre dans le nœud par une rotation préalable (*anse rotatoire*), l'autre se noue avec le diverticule comme dans la pre-

(1) Mémoire lu à l'Académie de médecine, séance du 28 janvier 1851.

mière forme (*anse nodale*). Dans les deux cas, la solidité du nœud est due à la dilatation ampoulaire de l'extrémité libre du diverticule; cette ampoule est la clef de l'étranglement.

*Étranglement interne par invagination.*

Le canal intestinal peut subir une diminution dans son calibre par suite de l'intussusception d'une portion de l'intestin dans une autre; l'intestin invaginé est alors étranglé par l'intestin invaginant. Cet étranglement, qui n'est pas toujours complet, le devient, dans la majorité des cas, par l'engorgement et l'inflammation, qui ne tardent pas à se manifester. Cette invagination ou intussusception peut être simple et avoir lieu de haut en bas, c'est-à-dire qu'une portion de l'intestin s'introduit dans la partie inférieure en se retournant à la manière d'un doigt de gant; c'est l'espèce la plus fréquente.

D'autres fois elle est double; alors l'intestin invaginant s'invagine dans une autre portion de l'intestin.

Le D[r] Perroti, médecin de l'hôpital de Plaisance, a publié l'observation d'un laboureur de soixante ans, qui présentait à l'anus une tumeur plus grosse qu'un œuf de poule et occupant tout le calibre de l'intestin. A l'autopsie, il trouva deux palmes de la dernière portion de l'iléon invaginées dans le cœcum; ce dernier, avec la portion d'iléon qu'il renfermait, s'était infléchi et avait pénétré dans l'intérieur du colon. C'est de la réunion de toutes ces portions d'intestins repliées sur elles-mêmes et contractées dans leur longueur, qu'était formée la tumeur de la fosse iliaque; en outre, le cœcum était descendu dans le rectum jusqu'à une distance de trois travers de doigt de l'anus (1).

Ces invaginations doubles entraînent des déplacements considé-

(1) *Annal. univ. di med.*, février et mars 1844.

rables d'intestins, ainsi que le prouvent le fait publié par M. Baud (1), et surtout l'observation de M. Buet (2), où l'on a pu constater, dans certains points de l'invagination, jusqu'à cinq parois intestinales superposées.

L'invagination intestinale se fait quelquefois de bas en haut, mais si rarement que quelques auteurs ont nié la possibilité d'un semblable mécanisme.

Cependant un certain nombre d'observations, qui confirment la réalité de sa formation, se trouvent consignées dans les journaux de médecine : telle est celle du Dr Harrisson (3). Ce praticien rapporte l'histoire d'un homme d'un certain âge, qui mourut à l'hôpital de Servis-Street, à la suite d'accidents qu'il éprouvait du côté de l'abdomen. L'autopsie montra une dilatation extrême de l'estomac et de l'intestin grêle, avec des traces d'inflammation du péritoine sur le colon transverse et le colon descendant un peu au-dessous de l'estomac. Dans ce point, se trouvait une tumeur solide, d'une couleur brunâtre, au niveau de laquelle l'épiploon était épaissi et froncé. Cette tumeur comprenait le colon, mais seulement dans une petite étendue ; une dissection attentive établit que cette tumeur était formée par une invagination considérable du colon descendant dans le colon transverse, c'est-à-dire de bas en haut, contrairement à ce qui arrive d'ordinaire. Des faits de ce genre ont été rapportés par Ev. Home, Langstaff, MM. Cayol, Moutard-Martin, etc.

### *Étranglement interne par changement de direction, de position de l'intestin.*

L'intestin jouit d'une si grande mobilité dans la cavité abdomi-

---

(1) Baud, *Recueil périodique de la Société de médecine*, t. 25, p. 20.

(2) Buet, *Arch. gén. de méd.*, t. 14, p. 236.

(3) *Dublin quarterly journal of med.*, août 1848.

nale, et il est sujet à des déplacements si brusques, qu'il est étonnant qu'il ne soit pas plus souvent le siége d'étranglement.

Cependant les faits qui prouvent qu'un changement de direction ou de position de l'intestin peut causer la mort, par suite de l'interruption du calibre intestinal, ne sont pas très-rares. Nous avons déjà cité, à propos des adhérences qui compliquaient l'étranglement, l'observation de M. Louis.

Dans un autre cas, une anse intestinale déplacée a été trouvée comprimée entre le mésentère et la colonne vertébrale ; c'est par un étranglement de ce genre que Chopart a succombé.

Le célèbre professeur de pathologie de Vienne, dont nous avons déjà cité le nom, M. Rokitansky a décrit, dans un mémoire inséré dans les *Archives* (1), un mode d'étranglement qu'il a nommé *rotatoire*, parce qu'il consiste dans la rotation d'une partie autour d'un axe formé par une autre partie ; cet étranglement comprend lui-même trois espèces.

Pour faire mieux apprécier le mécanisme d'un semblable étranglement, heureusement fort rare, je vais mettre, à la suite de chacune des trois espèces, une observation tirée du travail de M. Rokitansky.

1<sup>re</sup> ESPÈCE. — *Rotation d'une portion de l'intestin autour de son axe propre.*

Un homme âgé de cinquante-quatre ans mourut à l'hôpital général de Vienne, en décembre 1834, avec les symptômes d'une hernie étranglée. Le péritoine était enflammé dans une grande étendue, et offrait des adhérences nombreuses. L'intestin grêle, à l'exception d'une portion contenue dans un sac herniaire, le cœcum, le colon ascendant, avaient quatre fois leur dia-

---

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. 2, p. 202; 1837.

mètre normal. L'intestin grêle était ramassé en plis fortement pressés les uns contre les autres, tandis que le colon ascendant et le cœcum, distendus par de l'air et des matières, et s'élevant au-dessus du reste de la masse intestinale, étaient enroulés sur eux-mêmes autour de leur axe propre, de manière à se trouver parallèles au colon transverse et à former avec lui un angle assez aigu pour s'opposer à tout passage ultérieur des matières contenues dans l'intestin. Le reste du colon et le rectum étaient pâles et revenus sur eux-mêmes.

2^e^ ESPÈCE. — *Rotation de l'intestin autour d'un axe formé par le mésentère.*

Une femme âgée de soixante et onze ans fut admise à l'hôpital, au mois de décembre 1830, avec les symptômes d'une hernie étranglée. Le taxis parvint à réduire la tumeur peu de temps après son arrivée. Dix jours après, elle mourut. La hernie datait de sa cinquantième année, et n'avait jamais dépassé le volume d'un œuf de pigeon. Cependant la malade, pendant la dernière partie de sa vie, avait été sujette à des attaques répétées de constipation opiniâtre, à des coliques et des envies de vomir. A l'autopsie, on trouva des traces de péritonite; le mésentère, plissé et complétement tordu sur lui-même, formait une espèce d'axe de 4 pouces et demi de longueur et de 1 pouce et demi d'épaisseur, autour duquel venait s'enrouler l'intestin grêle. A partir du duodénum, l'intestin grêle descendait vers la fosse iliaque droite, et, se tordant sur lui-même devant la colonne vertébrale, faisait deux circuits autour de l'axe formé par le mésentère : celui-ci, par le moyen de circonvolutions auxquelles il demeurait attaché, comprimait la portion d'intestin située derrière lui. La dernière portion de l'iléon, fortement comprimée, avait à peine, en diamètre, la largeur du doigt; ses membranes étaient décolorées, molles et friables; 2 pouces au-dessus de

la valvule iléo-cœcale, elle offrait une perforation capable de donner passage à une noisette.

3[e] ESPÈCE. — *Une partie de l'intestin forme l'axe autour duquel s'enroule complétement une autre partie, plus étendue, avec son mésentère.*

Un homme âgé de soixante et un ans fut admis à l'hôpital général, en avril 1830, avec les symptômes d'une inflammation intestinale; les accidents augmentèrent peu à peu; il eut des vomissements de matière fécale, et succomba au huitième jour de sa maladie. Pendant la dernière partie de sa vie, il avait été affecté d'une opiniâtre constipation, de coliques, et de tuméfaction de l'abdomen. Il attribuait cette dernière attaque aux efforts qu'il avait faits en portant un fardeau pesant. On trouva dans l'abdomen un épanchement de sérosité et de lymphe. L'intestin grêle, le colon ascendant et transverse, étaient fortement distendus; leurs tuniques injectées, ternes et ramollies; le colon descendant et le rectum étaient pâles et revenus sur eux-mêmes. Le mésentère était très-long et offrait quelques adhérences; le mésocœcum et le mésocolon étaient aussi d'une longueur et d'une laxité démesurées. En raison de cette laxité de leurs attaches, le cœcum et le colon lombaire droit étaient tordus sur leur axe de bas en haut et de dehors en dedans, et étaient placés dans le côté gauche de la cavité abdominale. Le mésentère et l'intestin grêle, suivant le même trajet et se portant de bas en haut, croisaient le colon transverse, puis redescendaient dans la région lombaire et iliaque du côté droit; de cette manière, la partie de l'intestin déjà rétrécie par son enroulement autour de son axe propre était encore plus fortement étranglée par le mésentère, qui passait sur elle en la croisant et la comprimant d'autant plus fortement que le poids de l'intestin grêle devenait plus considérable. Au point de constriction, l'intestin était ramolli et gan-

grené, et offrait plusieurs perforations à travers lesquelles des matières fécales liquides avaient passé dans la cavité abdominale.

*Étranglement interne par vices de conformation des organes abdominaux.*

Les organes abdominaux sont sujets à des anomalies nombreuses qui peuvent déterminer l'étranglement. Dans les *Archives générales de médecine*, se trouve consigné, par le Dr Bainbrigge (1), un cas d'étranglement intestinal causé par la présence d'une rate supplémentaire dans le grand épiploon. Un groom, forcé de garder le lit à la suite d'une fracture de cuisse, mourut avec les symptômes d'une oblitération intestinale. A *l'autopsie*, on constata que les intestins étaient généralement distendus, sans traces de péritonite. En refoulant les petits intestins vers un côté, on aperçut une tumeur, du volume d'un œuf, couchée dans le bassin et en rapport avec le grand épiploon, qu'elle avait entraîné en bas et converti en une espèce de cordon qui passait au devant du gros intestin, dans le voisinage du rectum, et le comprimait contre la partie postérieure du détroit supérieur.

Dans le même journal, se lit une observation d'étranglement occasionné par le déplacement de la rate et du pancréas. Le Dr Alonso (2), qui en est l'auteur, remarqua dans la fosse iliaque droite une tumeur recouverte par le grand épiploon. En incisant ce repli membraneux, on pénétra dans une cavité où se trouvait du sang fluide, qui s'écoula aussitôt; une masse consistante, et d'un rouge obscur, restait adhérente aux parois de cette cavité. C'était la rate hypertrophiée, ramollie, qui était baignée de sang et adhé-

---

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. 1, p. 505 ; 1838. — *London medical gazette*, décembre 1846.

(2) *Arch. gén. de méd.*, t. 1, p. 507; 1848.

rait dans les deux tiers de sa surface aux organes voisins; une sorte de kyste lui était formé en avant par le grand épiploon, en arrière et latéralement par l'intestin grêle, dont les anses adhéraient entre elles; la rate, unie par de fortes adhérences à la queue du pancréas, tirait violemment sur le viscère, lequel, devenu vertical, et passant au-dessus du colon transverse, comprimait et étranglait cet intestin près de sa jonction avec le colon descendant.

*Étranglement interne par des tumeurs abdominales.*

Des tumeurs de toute nature se développent assez souvent dans la cavité abdominale, finissent par comprimer le tube intestinal et par intercepter, en augmentant de volume, le cours des matières fécales plus ou moins complétement.

Les exemples de ce mode d'étranglement ne sont pas très-rares : ainsi Kerkringius rapporte un fait de compression par une tumeur du pancréas; de Haen, par une tumeur de l'ovaire; Van Swieten, par une tumeur des glandes mésentériques. La grossesse, la présence d'un polype utérin, un renversement de matrice, peuvent être cause de compression intestinale. Dans un cas de dégénérescence squirrheuse du duodénum, que M. le professeur Bouillaud a présenté à l'Académie de médecine (séance du 5 décembre 1833), la cavité intestinale était presque entièrement oblitérée.

Le D[r] Boullard (1), aide d'anatomie de la Faculté, a cité, dans *l'Union médicale*, un exemple d'étranglement interne symptomatique d'une tumeur de nature cancéreuse, ayant laissé parfaitement intactes les parois mêmes de l'intestin grêle, qui avait subi dans un point un véritable étranglement.

Je ne puis passer outre sans signaler une observation remarquable d'étranglement intestinal produit par un kyste de l'ovaire, et

---

(1) *L'Union médicale*, 1850 (service de M. Chomel).

publiée dans les *Archives générales de médecine*, par le Dr Robert Hardy (1).

Dans l'hypochondre gauche, se voyait une tumeur charnue, volumineuse, piriforme, qui adhérait, par un long pédicule de plus d'un pouce de diamètre, à l'ovaire gauche; sur les intestins, se trouvaient disséminées de petites portions de matière caséeuse, d'un volume variable, depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une petite noix. La tumeur s'était rompue, et renfermait dans son intérieur de la matière caséeuse, semblable à celle qui était dans la cavité abdominale, en même temps que du pus sanguinolent, du sang grumeleux, noirâtre, et quelques cheveux. Les parois de la tumeur étaient minces et flasques; l'intestin grêle lui adhérait en divers points et dans le voisinage de la tumeur; la membrane péritonéale de cet intestin présentait une couleur chocolat foncé. Une anse de cet intestin était adhérente et enroulée autour du pédicule de la tumeur, de sorte qu'il y avoit là une espèce d'étranglement; ce pédicule s'insérait sur l'ovaire gauche et passait au-dessous de la trompe de Fallope.

Dance a publié dans le même journal de médecine (1) deux faits qui ont beaucoup d'analogie avec ce dernier.

*Étranglement interne par une ouverture faite dans les parois d'un des viscères abdominaux.*

Les étranglements internes de ce genre sont fort rares; cependant on a signalé l'étranglement d'une anse intestinale dans une ouverture produite par une rupture de l'utérus.

---

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. 1, p. 91; 1846.

(2) *Arch. gén. de méd.*, t. 21, p. 214 et 219; 1829.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Pour décrire d'une manière exacte les altérations que l'on peut rencontrer à l'autopsie des individus ayant succombé à un étranglement interne, il faudrait entrer dans les détails particuliers à chaque mode d'étranglement; car l'anatomie pathologique de cette affection doit varier nécessairement suivant l'intestin, suivant la portion étranglée, suivant la nature, le siége et l'étendue de l'étranglement; aussi préférons-nous, pour ne pas nous répéter, renvoyer le lecteur au chapitre précédent. Malgré la diversité des lésions qui rend extrêmement difficile toute description anatomo-pathologique des étranglements, il est certains phénomènes qu'il n'est pas sans importance de mentionner, parce qu'ils se remarquent presque constamment : c'est, d'une part, la diminution sensible du calibre de la portion intestinale étranglée; d'autre part, l'augmentation de volume de la partie située au-dessus de l'étranglement, dilatée qu'elle est par des gaz.

L'injection se présente aussi le plus souvent sur la partie étranglée; elle est d'autant plus marquée que l'étranglement est plus considérable, et que la date de sa formation est plus reculée. Il est assez commun de voir cette coloration rouge devenir noire lorsque la gangrène vient frapper l'intestin; c'est un fait curieux à noter que ce changement brusque de couleur de l'intestin, puisqu'il indique qu'il y a eu étranglement, et par suite obstacle à la circulation.

Les signes qui caractérisent anatomiquement la péritonite aiguë se rencontrent aussi très-fréquemment.

## CAUSES.

Les causes de l'étranglement interne peuvent être divisées en prédisposantes et en occasionnelles; elles agissent indifféremment

à toutes les époques de la vie, seulement le mode d'étranglement pourra changer en raison de l'âge et du sexe. L'étranglement rotatoire par exemple sera plus spécial à la vieillesse, l'invagination à l'adolescence, l'iléus spasmodique au sexe féminin. Parmi les causes prédisposantes, on doit ranger en première ligne les affections abdominales antérieures, surtout la péritonite avec production de pseudomembranes; la présence d'un mésentère long et lâche, prenant la forme d'une corde, comme cela arrive fréquemment chez les individus avancés en âge, facilite singulièrement la rotation et l'entortillement de la masse intestinale. Le tempérament lymphatique, auquel se rattachent ordinairement les appendices épiploïques, la constitution hystérique, les vices de conformation du péritoine, de l'intestin et des organes abdominaux, peuvent aussi contribuer au développement de l'étranglement intestinal.

Les causes occasionnelles sont très-diverses; l'étranglement idiopathique, de nature spasmodique, pourra survenir brusquement à la suite d'ingestion de poisons irritants, de liquides froids, pendant que le corps est en sueur, par la présence des vers dans l'intestin, selon Wedekind (1), par un refroidissement général subit, etc, L'étranglement symptomatique se déclare le plus habituellement après un écart de régime, une mauvaise digestion; des coups portés sur la paroi abdominale, un violent effort, ont parfois déterminé très-rapidement des accidents d'étranglement.

Le Dr Biaggini fait mention, dans les *Archives générales de médecine* (t. 2, p. 88, 1847), d'un cas remarquable d'étranglement intestinal suivi de mort, chez un enfant de quinze ans, et occasionné par la résistance au besoin de défécation.

Les chutes d'un lieu élévé produisent souvent des déplacements intestinaux suivis d'étranglement et de mort (2). Tel est le cas d'un

---

(1) *De l'Étranglement dans les hernies occasionné par les vers.*

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1845, p. 86.

malheureux paysan qui, en chargeant du foin sur une charrette, avait sauté à plusieurs reprises du sol sur cette charrette, et de celle-ci sur la terre. Peu de temps après avoir terminé son travail, il fut tout à coup saisi de violentes coliques, et bientôt ensuite se manifestèrent tous les symptômes d'un étranglement interne. On proposa de recourir à la gastrotomie; mais le malade refusa opiniâtrement de se soumettre à l'opération, et il ne tarda pas à succomber. A l'ouverture du corps, on reconnut que l'iléon, à sa partie inférieure, vers son point de jonction avec le cœcum, était tordu une fois sur lui-même.

Il a été démontré, par les observations qui se trouvent dans les pages précédentes, que la compression directe ou indirecte du tube intestinal, exercée par des tumeurs de toute nature, était une cause assez fréquente d'étranglement.

A toutes ces causes qui entravent le cours des matières alimentaires, il faut ajouter encore celles dont le mode d'action, échappant complétement pendant la vie, ne peut malheureusement être constaté qu'à l'autopsie.

### SYMPTÔMES, DURÉE, TERMINAISON.

L'invasion de la maladie est le plus souvent rapide; elle a lieu à la suite d'un effort, d'un repas abondant et indigeste, souvent aussi sans cause appréciable. Quelquefois cependant elle débute lentement, et se trouve précédée de certains signes, comme le dégoût des aliments, la difficulté des digestions, les coliques et même les vomissements.

Le malade éprouve bientôt une douleur violente ayant son siége tantôt dans toute l'étendue du ventre, tantôt en un point plus ou moins circonscrit de l'abdomen, le plus souvent aux régions ombilicale et iliaque droites. Cette douleur est assez vive, donnant un sentiment de constriction, de pincement; souvent accompagnée d'une chaleur locale, brûlante, augmentant progressivement d'in-

tensité, continue avec des exacerbations ; elle est exagérée par la pression qui arrache des cris aux malades. Dans quelques circonstances exceptionnelles, elle est vague, moins aiguë, et préoccupe peu le malade, comme dans l'observation de M. Fleury et la nôtre.

Le ventre devient volumineux, ballonné, sans tension ; d'autres fois il offre les symptômes de la péritonite aiguë. Les circonvolutions intestinales distendues se dessinent à travers les parois abdominales, ainsi que l'a fait remarquer le professeur Laugier. A une époque assez rapprochée de la manifestation des douleurs, surviennent des éructations fréquentes, des borborygmes, des nausées, des vomissements d'abord des matières contenues dans l'estomac, puis de mucosités bilieuses. Bientôt le goût de pourriture se fait sentir dans la bouche, les vomissements prennent l'odeur des matières fécales ; en même temps la constipation est opiniâtre, la constriction du rectum est telle chez quelques-uns, que les lavements ne peuvent pénétrer et sont rejetés immédiatement. La physionomie est souffrante, la face pâle, les traits profondément et subitement altérés. La nullité des fonctions digestives imprime en peu de jours un caractère de prostration extrême à tout le corps ; cependant l'intégrité de l'intelligence se maintient ordinairement jusque dans les derniers moments de la vie : insomnie ; bouche amère, sèche ; soif vive ; la langue est rouge aux bords et à la pointe ; la respiration devient fréquente, anxieuse.

Tous les organes de la vie animale participent au désordre des intestins ; aussi le pouls est-il serré, concentré, petit et fréquent ; la peau, souvent chaude et sèche, produit, pendant l'exaspération des douleurs, des sueurs visqueuses et froides ; les urines sont rouges et leur excrétion fréquente ou suspendue.

Tous ces symptômes, produits par l'oblitération d'un intestin, peuvent durer depuis quelques heures jusqu'à trente jours. Le Dr Allan (1) a même publié dans le journal *The Lancet*, 1842, le fait

---

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. 1, p. 85 ; 1843.

curieux d'une femme de trente-quatre ans, qui, à la suite d'une invagination intestinale, mourut après avoir vomi pendant trente-quatre jours des *matières fécales*.

Ils se terminent, dans la grande majorité des cas, par la mort. Dans l'invagination, cependant, la maladie peut avoir une issue heureuse; la portion invaginée se gangrène, l'eschare se détache et est éliminée par l'anus. La cicatrisation a lieu par adhérences.

M. le professeur Duméril a déposé au musée de la Faculté, de la part de M. Mullot, chirurgien de Rouen, une pièce fort intéressante, qui montrait, dans un cas d'invagination où une grande portion de l'intestin grêle avait été rendue par l'anus, les deux extrémités du canal alimentaire parfaitement réunies et adhérentes (1).

D'après Thomson (2), qui a eu connaissance de tous les faits publiés jusqu'à lui, la longueur de la portion éliminée peut varier entre 6 et 40 pouces. L'époque de l'élimination est variable; quelquefois au sixième jour de la maladie, d'autres fois au huitième, rarement au trentième jour.

DIAGNOSTIC.

Les maladies qui pourraient être confondues avec l'étranglement interne sont la péritonite aiguë, la colique hépathique, la colique nerveuse, la constipation et l'empoisonnement; mais en analysant avec soin les différents symptômes qui caractérisent les maladies que nous venons d'énumérer, on arrivera, par voie d'élimination, à porter un diagnostic d'une grande probabilité. Ainsi, dans la *péritonite aiguë*, il y a douleur du ventre, mais elle est toujours augmentée par la pression; les vomissements ne deviennent jamais *stercoraux*; le

---

(1) *Bulletin des sciences*, par la Société philomatique de Paris, t. 2, p. 174.

(2) *Journal d'Édimbourg*, 1835.

pouls est très-fréquent dès le début ; les traits sont profondément altérés ; il y a des garde-robes. Dans l'étranglement interne, au contraire, la pression du ventre n'est pas toujours accompagnée de douleurs ; la constipation est insurmontable ; le siége des coliques est constant ; les vomissements, d'abord aqueux, finissent par prendre l'odeur stercorale, et s'accompagnent de météorisme parfois considérable ; le pouls est petit et fréquent. Ces symptômes, chez un homme bien portant du reste, suffisent pour faire pressentir les grandes probabilités d'une lésion physique.

Dans la colique hépatique, le malade est le plus souvent pris d'ictère soit partiel, soit général ; c'est un des premiers symptômes de l'affection : le pouls reste à l'état normal ; la peau conserve aussi sa chaleur naturelle.

Dans la colique nerveuse, la douleur abdominale est calmée par la pression ; elle revient par accès, et ne s'accompagne pas de fièvre, etc.

On le voit, il n'est pas difficile de distinguer l'étranglement interne des trois affections que nous avons examinées ; mais il faudrait rester dans la réserve et le doute, s'il s'agissait d'une de ces constipations opiniâtres qui font parfois le désespoir du médecin. L'observation suivante, que nous trouvons dans le *Journal de médecine pratique*, juillet 1830, et dont nous donnons un extrait, vient à l'appui de notre assertion : Un homme fut pris, après un voyage, des accidents d'un étranglement interne ; il avait des vomissements continus, une constipation excessive ; le ventre était ballonné et très-douloureux à la pression ; il y avait des vomissements de matières fécales, etc. L'opération fut résolue en consultation, le malade se trouvant dans cet état depuis quinze jours, et à toute extrémité. Cependant Sanson, qui était chargé de l'opération, recula au moment d'agir ; il attendit, et bien lui en prit, car le malade rendit un peu plus tard, en trois ou quatre fois, plusieurs livres de matières fécales.

Voilà donc un amas de matières stercorales qui a simulé un étran-

glement intestinal, à ce point que des chirurgiens recommandables par leur savoir et leur habileté ont pu être induits en erreur, et parler d'opération. Dans des faits de ce genre, on arrivera, par la percussion et la palpation abdominales, à distinguer la tumeur dure, inégale, bosselée, produite par les fécès. Le toucher anal ne sera pas oublié, car il pourra conduire à des indications certaines. Les symptômes de l'étranglement interne peuvent, dans quelques circonstances, en imposer momentanément, et faire penser à un désordre intestinal reconnaissant pour cause un empoisonnement, comme le prouve un fait curieux dans les annales de la médecine légale (1). Une demoiselle Hullin, danseuse de l'Opéra, fut prise, six mois après son mariage, de coliques, de vomissements, que rien ne put arrêter; après quarante-huit heures de souffrances, la malade expira. Cette mort rapide et la violence des symptômes firent répandre des bruits sinistres sur leur cause : on accusa le mari d'empoisonnement. L'exhumation du corps eut lieu : les médecins chargés du rapport ne reconnurent ni invagination ni entortillement des intestins, et conseillèrent une analyse chimique. MM. Orfila, Rostan et Barruel, furent chargés de l'expertise médico-légale; mais, en déroulant les intestins, ils reconnurent un étranglement du colon, à 3 ou 4 pouces du cœcum, et formé de la manière suivante : un appendice graisseux d'environ 1 pouce de longueur, d'une largeur d'une ligne et demie dans son plus grand diamètre, adhérent par une extrémité à l'une des faces du mésentère, dans le voisinage de l'intestin, était venu contracter une adhérence morbide, à l'aide d'un filet ligamenteux, vers la face opposée de l'endroit correspondant du mésentère, de manière à comprendre l'iléon, comme un anneau comprend une bourse. Cet anneau celluleux, ayant comprimé l'intestin, intercepté le cours du sang, expliquait de la manière la plus satisfaisante et les accidents arrivés pendant la vie, et les traces trou-

---

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. 1, p. 332; 1829 (Rostan).

vées après la mort. Inutile d'ajouter que l'examen chimique qui eut lieu ne fit reconnaître aucun vestige de poison.

Dans le tome 1er de *l'Union médicale*, page 284, on raconte une méprise qui eut lieu dans les mêmes circonstances : le Dr Houles fut chargé de faire un rapport médico-légal sur un cas de mort survenue chez une femme qui vivait en mauvaise intelligence avec son mari, et qui, pendant sa maladie, avait offert des symptômes analogues à ceux d'un empoisonnement. A l'autopsie, il trouva au-dessus de la valvule iléo-cœcale un appendice vermiforme, de plusieurs centimètres de longueur, qui avait embrassé une anse entière de l'intestin grêle, et s'était noué sur elle.

Il n'est pas, je crois, sans intérêt d'établir un diagnoctic différentiel entre deux affections qui, méconnues, pourraient avoir les conséquences les plus fâcheuses. Nous n'avons pour cela qu'à résumer en quelques lignes l'opinion du savant Orfila (1). Ainsi, dans l'empoisonnement, il n'y a pas de symptômes précurseurs : l'invasion est subite et peu de temps après l'ingestion du poison. Dans l'étranglement, elle peut être subite après de grands efforts , de grands mouvements, et quand elle est lente, il n'y a plus d'erreur possible. Dans l'empoisonnement, les vomissements sont bilieux, muqueux, sanguinolents, bien rarement composés de matières stercorales. Le contraire se voit dans l'étranglement ; il y a plus souvent diarrhée dans l'empoisonnement. Ordinairement constipation rebelle dans l'étranglement, précédée d'une ou deux selles. La douleur, dans l'empoisonnement par les substances corrosives, a lieu à l'épigastre ; elle part de tout autre point d'où elle s'irradie dans l'étranglement.

Un fait bien digne d'attention, et qui a dû rendre le diagnostic difficile, est le suivant qu'a rencontré M. Laugier.

Une hernie congénitale ancienne sort et s'étrangle; par un taxis bien fait, les parties herniées reprennent leur position normale; mais

---

(1) Orfila, *Médecine légale.*

les symptômes de l'étranglement persistent, et bientôt le malade succombe. A l'ouverture du corps, on vit que l'anse intestinale, qui avait été incarcérée dans la poche herniaire, était située dans la région hypogastrique, et était étranglée par une bande circulaire, aplatie, non adhérente à l'intestin qu'elle étreignait. Cette bandelette provenait d'une portion annulaire du péritoine, qui s'était invaginée dans la tunique vaginale; elle avait été rompue par les efforts du taxis, et s'était séparée de la partie du péritoine qui avoisine l'anneau, transportant dans la cavité abdominale l'étranglement qui avait eu lieu à l'entrée de la cavité vaginale. Ce qui était remarquable, c'est qu'une disposition semblable du péritoine existait de l'autre côté (1).

Dans une thèse de Strasbourg (Rudolphi, 1822), on peut voir une observation de M. Bernard, qui doit être rapprochée de celle qu'on vient de lire.

C'est un homme de soixante et onze ans, portant depuis vingt ans une hernie inguinale. Il entre à l'hôpital avec des signes d'un étranglement, et présente une tumeur dure et irréductible à l'anneau inguinal gauche. On l'opère, et, à l'ouverture du sac qui est épaissi et adhérent, on ne trouve ni sérosité, ni masse épiploïque, ni intestin. On met alors en usage les moyens les plus violents pour provoquer les selles, mais inutilement. Le malade meurt trois jours après l'opération.

A l'autopsie, on trouve des adhérences à l'extrémité supérieure du collet du sac, formées par des brides en forme de cordons, se prolongeant à droite et à gauche, et venant s'insérer au mésentère de l'intestin iléon, et comprenant dans leur intervalle trois anses d'intestin qu'elles étranglaient. Au-dessus de l'étranglement, pneumatose très-considérable; pas de signes de péritonite.

Une question se présente naturellement ici; elle est relative au

---

(1) *Bulletin chirurgical*, t. 1, p. 359.

siége et à la nature de l'étranglement interne : Est-il possible de les reconnaître ? On ne peut se dissimuler que, malgré les travaux des chirurgiens distingués qui se sont occupés de ce sujet, la science n'est pas très-avancée sous ce rapport. Cependant on tient compte de certains résultats pratiques qui ont été notés. Ainsi, pour savoir si un étranglement a son siége dans l'intestin grêle ou le gros intestin, M. Laugier a fourni quelques indications qui peuvent être d'une grande utilité. Pour déterminer si l'obstacle a lieu dans l'intestin grêle ou dans une partie du colon voisine du rectum, il faut considérer la distension mécanique du bout supérieur par les fécès, et par les gaz intestinaux. Dans le cas où l'oblitération a son siége dans le gros intestin, dès le principe, la distension du ventre est portée à un degré considérable. Si l'oblitération existe dans l'intestin grêle, on observe un ballonnement du ventre plus ou moins circonscrit aux environs de l'aine, de l'ombilic, tandis que toute la région occupée par le colon ascendant, le transverse et le descendant, est d'autant plus déprimée et souple, que le bout inférieur s'affaisse et revient sur lui-même.

Dans le but d'éclairer le diagnostic, M. Amussat a proposé l'exploration directe par le moyen de lavements; il devient alors assez facile d'apprécier la quantité de liquide que l'intestin peut recevoir, et d'indiquer la longueur et la hauteur du trajet parcouru. Je comprends bien que ce procédé puisse être d'une application avantageuse lorsque le siége de l'étranglement existe dans le gros intestin ; mais s'il a lieu, ce qui se présente le plus communément dans l'intestin grêle, on ne fera pas, je présume, franchir au liquide la valvule iléo-cœcale. Que d'incertitude encore sur un des points les plus importants à élucider pour la cure chirurgicale ! Il en est de même de la nature de l'étranglement. Cependant, parmi les divers modes d'oblitération de l'intestin, il en est un, l'invagination, que l'on peut parfois soupçonner. Un excellent observateur, Dance, qui a écrit dans le *Répertoire d'anatomie et de physiologie pathologiques*, 1826, un mémoire sur cette affection, dit que l'on connaît un signe

capable d'éveiller l'attention, et de faire distinguer l'invagination intestinale des maladies qui ont quelque rapport avec elle. Voici en quoi il consiste : lorsque le colon et le cœcum subissent un déplacement tel qu'ils viennent se loger dans la courbure sigmoïde du colon, la forme de l'abdomen présente quelque chose de particulier : l'absence du cœcum et du colon ascendant vers le côté droit du ventre donne lieu à une certaine dépression de ce côté, tandis qu'à gauche on remarque un renflement longitudinal, une tumeur plus ou moins volumineuse produite par la masse de l'invagination.

## PRONOSTIC.

Quelle que soit la cause qui le produise, un étranglement interne est toujours une maladie très-grave, soit que la mort arrive par le trouble ou la cessation des fonctions digestives, soit qu'elle ait lieu par la péritonite consécutive à l'inflammation du point étranglé ou à un épanchement intra-péritonéal.

Toutefois il résulte, de ce que nous avons dit précédemment, que la mort n'est pas une conséquence inévitable, et que le pronostic aura moins de gravité si l'on a affaire à une invagination, par exemple, que s'il s'agit d'un étranglement de toute autre nature.

## TRAITEMENT.

S'il était possible de diagnostiquer qu'un étranglement interne est de nature spasmodique, ou bien qu'il est symptomatique d'une disposition anormale soit du péritoine, soit de l'intestin, soit des organes abdominaux, le traitement qui serait appliquable varierait nécessairement suivant le mode d'étranglement ; il est même des cas où toute médication deviendrait inutile, puisque la nature pourrait par elle-même débarrasser le malade, comme dans l'iléus spasmodique et l'invagination. Malheureusement il n'en est pas ainsi ; ce n'est qu'en recueillant un nombre très-considérable de faits, en les analysant

avec soin, en saisissant les nuances qui existent dans les symptômes, que l'on pourra, par la suite, arriver à poser un diagnostic moins douteux. De nombreuses observations sont, il est vrai, dispersées dans les journaux de médecine, mais elles n'ont pas été considérées sous le point de vue que nous indiquons.

Nous diviserons le traitement en *mécanique*, *médical*, et *chirurgical*.

### 1° *Traitement mécanique.*

Les chirurgiens qui, dans un obstacle au cours des matières fécales, croyaient le plus souvent à une invagination, cherchèrent à débarrasser le conduit intestinal par des moyens mécaniques.

Ainsi Ambroise Paré raconte, au livre 16 *des Opérations*, que Marianus Sanctus, homme fort expérimenté, et maître Jehan de Saint-Germain, apothicaire à Paris, ont vu guérir la passion iliaque avec des balles frottées d'argent vif.

Hébert, de Breslau, parle de deux guérisons par l'administration du mercure.

Le Dr Ebert dit avoir sauvé, par le même moyen, une dame âgée de quarante-quatre ans, atteinte d'un iléus très-grave.

Le Dr Antonio Bonati, dans les *Annali universali di medicina*, octobre et novembre 1834, prétend avoir donné, en trois doses, 4 onces de mercure à l'état métallique, et avoir parfaitement réussi.

On trouve encore des faits de ce genre dans les différents recueils : tels sont ceux de Frédéric Hoffmann, de Rolland d'Aix, etc. ; mais nous croyons que si cette méthode de traitement par les balles de plomb et par le mercure à l'état métallique a pu réussir dans quelques cas d'invagination ou d'iléus spasmodique, elle a dû occasionner des accidents graves dans une foule d'étranglements symptomatiques, où la présence d'un corps étranger devait augmenter singulièrement l'inflammation soit de l'intestin, soit du péritoine, si elle n'en était pas souvent la cause première. La chirurgie moderne,

mieux éclairée par l'anatomie pathologique des étranglements, laissera, avec raison, dans l'oubli ce traitement consacré jusqu'ici plutôt par une pratique aveugle que par la science.

## 2° *Traitement médical.*

1° Prévenir ou calmer les accidents inflammatoires produits par l'étranglement;

2° Chercher à lever l'obstacle au cours des matières, sans l'intervention des instruments tranchants : telles sont les indications du traitement médical.

Aussitôt que l'étranglement est soupçonné, une saignée du bras doit être faite pour prévenir les symptômes de la péritonite ou les diminuer s'ils débutent ; elle sera répétée le même jour, si le malade est vigoureux et d'un tempérament sanguin; plusieurs applications de sangsues seront aussi faites sur la région de l'abdomen où le malade accuse de la douleur. Les bains tièdes prolongés seront employés, si le malade peut être déplacé sans de trop vives souffrances. On prescrira des pilules de calomel et extrait thébaïque, des boissons émollientes, froides et à petite dose, pour ne pas provoquer les vomissements. Si, à la suite de cette médication, une amélioration ne se fait pas sentir, il conviendrait de recourir aux réfrigérants, comme lavements à la glace, boissons à la glace, vessie remplie de glace et appliquée sur le ventre (1). Des lavements purgatifs, énergiques, avec le séné, le chlorhydrate de soude, ou des feuilles de tabac, ont quelquefois amené de bons résultats (2). S'ils produisent une dérivation parfois utile du côté du gros intestin, il n'en serait pas de même d'une purgation administrée par la bouche,

---

(1) Comme l'a fait avec succès M. Grisolle dans un cas d'iléus.

(2) Suivant Richter, ces lavements irritants agissent de trois manières : en retirant en dedans la portion pincée, en rendant mobiles les matières endurcies, et enfin en favorisant leur progression dans le canal intestinal.

car celle-ci aurait pour effet d'augmenter l'intensité des symptômes inflammatoires. Les vomitifs sont universellement rejetés et considérés comme très-dangereux. Tels sont les moyens généralement employés dans le but de calmer la douleur et de retarder l'inflammation de l'intestin ou du péritoine; mais, il faut le dire avec regret, ils sont bien peu puissants pour combattre des lésions qui le plus souvent persistent avec la cause qui leur a donné naissance. C'est donc au rétablissement normal du calibre de l'intestin que le médecin, par la levée de l'obstacle au cours des matières fécales, devra tendre immédiatement, et qu'il pourra alors donner au malade l'espoir d'une guérison prochaine.

L'insufflation de la fumée de tabac par le gros intestin a été conseillée et préconisée par quelques médecins. On comprend, en effet, de quelle utilité doit être un médicament qui a la propriété de paralyser momentanément l'action nerveuse, de faire cesser ces contractions annulaires assez fortes pour obstruer complétement la lumière du canal intestinal. Dans certains cas, on a remplacé la fumée de tabac par l'air atmosphérique, que l'on pousse alors en très-grande quantité, au point de distendre la paroi abdominale.

Le Dr Wood a publié, dans les *Archives générales de médecine* (t. 3, p. 240; 1836), un cas curieux de guérison à l'aide de l'insufflation de cette nature.

Le sujet, âgé de trente-cinq ans, fondeur en caractères d'imprimerie, d'un tempérament nerveux, fut pris tout à coup de vives douleurs qui avaient leur siége dans la région ombilicale. Après trois jours de souffrances, on proposa, comme dernière ressource, l'insufflation des intestins au moyen de l'air atmosphérique. Le malade étant placé sur le côté droit, on introduisit dans le rectum le bout d'un soufflet, et l'on commença l'insufflation avec précaution; cette opération n'eut qu'un succès incomplet, à cause de l'imperfection de l'instrument; toutefois le malade se sentit extrêmement soulagé, et il fut irrésistiblement conduit sur la chaise, où il rendit une grande quantité de gaz et un demi-setier d'eau sanguinolente très-fétide.

Alors on se procura un instrument plus parfait, et l'insufflation fut reprise et poussée jusqu'à tension complète de l'abdomen. Six heures après cette insufflation, le malade n'avait éprouvé aucune douleur, et, dans les deux dernières heures, il avait eu deux selles abondantes. Un cas semblable se trouve dans la *Gazette médicale de Paris*, 1838. Ce moyen thérapeutique doit être mis en usage, car il peut, en distendant les anses intestinales, conduire à la guérison d'une invagination. En supposant même que l'on ne puisse obtenir un résultat aussi heureux, je crois qu'il n'y aurait aucun inconvénient à pratiquer cette insufflation qui soulage les malades, comme cela a eu lieu dans le cas que nous venons de citer.

M. Leroy d'Étiolles, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, et qui se trouve dans les *Archives générales de médecine* (t. 3, p. 270 ; 1826), a proposé l'emploi du galvanisme dans les hernies étranglées et les étranglements internes ; il a reconnu que, si l'on fait usage d'une pile à auge composée de 8 à 12 couples d'un pouce et demi de diamètre, dans l'instant où le courant est établi de la langue à l'anus, une légère chaleur se fait sentir à l'une et à l'autre de ces parties, l'œil perçoit par instants des lueurs légères ; bientôt des mouvements se font sentir dans l'abdomen, aucune secousse générale n'est communiquée. Si l'on continue cette expérience pendant un quart d'heure, il en résulte une pesanteur sur le rectum, et une ou deux évacuations alvines. Si l'on emploie de 15 à 25 paires, la langue et l'anus éprouvent le sentiment d'une chaleur telle, que le contact ne peut être qu'instantané. Un éclair assez vif apparaît, et le corps entier éprouve une commotion légère, qui même n'est pas constante. A ce contact si court, succèdent des mouvements intestinaux qui se prolongent pendant plusieurs minutes. Cet essai, répété pendant un quart d'heure, produit une purgation, et il n'en résulte aucune altération dans la santé.

C'est par ce procédé que M. Leroy d'Étiolles traita une dame qui offrait les symptômes d'un iléus ; malheureusement la malade, qui

d'abord avait éprouvé un soulagement notable, succomba à son affection, qui datait déjà de dix jours. Le célèbre Talma fut aussi soumis à la galvanisation, qui avait bien procuré une selle muqueuse, mais qui ne put avoir l'influence heureuse que l'on espérait, parce que, chez lui, l'étranglement interne reconnaissait pour cause une maladie organique d'une portion du tube digestif.

Quoique ce mode de traitement n'ait pas été sanctionné par le succès, il ne doit pas être négligé. Des commotions galvaniques, répétées par intervalles, peuvent certainement occasionner un déplacement intestinal suffisant pour faire disparaître un étranglement curable sans le secours de la chirurgie.

Récemment un praticien distingué de Paris, le Dr Homolle, a proposé une médication qui consiste dans l'emploi de la strychnine (1); dans un mémoire inséré dans *l'Union médicale*, il cite à l'appui quatre observations où cette médication a réussi complétement chez des malades qui présentaient les accidents dépendant d'un arrêt dans le cours des matières stercorales.

Les effets physiologiques de la strychnine et des diverses préparations de la noix vomique sur le système musculaire de la vie de relation ont été constatés d'une manière indubitable; mais en est-il de même pour les muscles appartenant à la vie organique, et en particulier pour la membrane musculeuse gastro-intestinale? Cela paraît très-probable. En effet, cet agent thérapeutique a eu de très-bons résultats entre les mains de MM. Cerise et Homolle, dans des cas de constipation opiniâtre causée par une paralysie dépendant d'affection cérébrale, ou se rattachant à une paresse, à une inertie plus ou moins complète de l'intestin, comme dans l'hypochondrie; et on comprend aisément ce mode d'action par le mouvement péristaltique qui, impuissant jusque-là, devient plus énergique sous

---

(1) *L'Union médicale*, 1848.

l'influence de cet alcaloïde, et fait cheminer de proche en proche le bol excrémentitiel.

Ce moyen de guérison doit donc être pris en sérieuse considération.

Le chloroforme, dont on a vanté les résultats avantageux dans des étranglements herniaires, par son action sur la douleur et la contraction, pourrait être essayé, je crois, dans certaines variétés d'étranglement interne.

*Traitement chirurgical.*

Après avoir échoué dans les divers moyens que nous venons d'énumérer, les chirurgiens ont essayé, comme dernière ressource, plusieurs espèces d'opération.

Gastrotomie. — La gastrotomie est une opération qui consiste à diviser les parois du bas-ventre dans toute leur épaisseur, et dans une étendue plus ou moins considérable, et cela dans le but de découvrir le siége de l'étranglement, et d'opérer les tractions nécessaires pour faire disparaître l'obstacle au cours des matières fécales (1).

On fait remonter à Praxagoras de Cos l'idée première de la gastrotomie. Cœlius Aurelianus voulait aussi « qu'on fît une incision au ventre et même au boyau pour en faire sortir l'excrément, et qu'on le recousît ensuite » (2).

Cette opération tomba ensuite dans un oubli profond jusque vers la fin du 17e siècle. Ce fut en 1672, qu'un célèbre praticien d'Amsterdam, Paul Barbette, se demanda, en parlant de l'iléus, s'il ne

---

(1) Il ne faut pas confondre cette opération avec une autre, que le professeur Sédillot a nommé *gastrostomie*, laquelle consiste dans la formation d'une bouche artificielle à l'estomac.

(2) *Histoire de la médecine*, par Leclerc, partie 1re, liv. 4, ch. 6.

conviendrait pas d'ouvrir les muscles et le péritoine pour dégager l'intestin, plutôt que de laisser périr le malade (1).

Depuis le vœu de ce chirurgien, cette opération a été faite plusieurs fois, et le succès est venu légitimer le courage des hommes qui l'avaient entreprise.

Dans les recherches auxquelles je me suis livré, je n'ai pu trouver que cinq observations de gastrotomie pratiquée dans des cas où il s'agissait d'étranglement.

La première, qui se trouve dans le *Sepulchretum anatomicum* de Bonet, mérite d'être connue. Nous la transcrivons en latin, parce que certains auteurs ont élevé des doutes sur ce fait. Hevin surtout, qui n'aimait pas la gastrotomie, a donné à penser que l'on avait eu affaire à une hernie étranglée. Le lecteur en jugera.

« Illustr. Baronissa a Lanti prope Castilionem ad Sequanam, in « Burgundiæ ducatu, iliaco affectu laborans, pro deplorata habe- « batur. Offert se chirurgus, diu castra secutus, qui salutem cer- « tam pollicetur, modo nobilis ægra sectioni in abdomine faciendæ « se submittat, concessam aggreditur chirurgus, multisque adductis « et evolutis intestinis, antequam convolutio et contortuplicatio « appareret, eam nactus explicat, et nodos dissolvit, postmodum « sedi restituit; hinc gastroraphia facta, vulnus felicissimo successu « consolidavit, integræque valetudini nobilem restituit; quæ sospi- « tali, suos tipendium annuum constituit, cujus usura per triennium « tantum frui licuit, supervixit enim matrona » (2).

Si je ne m'abuse, les expressions sont assez claires pour qu'il ne puisse y avoir double entente.

La seconde opération, dont les conséquences ont été également heureuses, est due au célèbre Nuck. Elle est aussi décrite en langue latine, mais nous la donnons textuellement pour qu'on ne soit pas autorisé à nous reprocher une traduction infidèle.

---

(1) *Operat. chirurg. anat.*, 1672.

(2) *Sepulchretum anatomicum*, lib. 3, sect. 14, p. 228.

« Quum nimirum femina quadragenaria, admodum truculentis « hujusmorbi (volvulus) symptomatis defessa, a nullo remedio ene« matum, fomentorum, cataplasmatum, et cucurbitarum magnarum « ventosarum abdominis, a celeberrimo Nukkio successive applica« torum, levamen ullum cepisset, ille, in praxi felicissimus, suspi« catus intestinorum mutuum amplexum subesse auctor fuit, ut chi« rurgus dexterrimus, in latere sinistro quatuor digitos transversos « ab umbilico, oblique versus inferiora simul et posteriora facto ab« dominis hiatu, intestina (statim absque ulla mora lacte tepido « fovenda) protaheret, quæreret locum involutum, eumque lente « evolveret, mox omnia intestina reponeret, et tandem vulnus abdo« minis consueret. Quod consilium dictum factum adeo bene cessit « huic, fere jam morienti mulieri, ut eductis intestinis, et bona« fortuna, subito eorum immersione omnium malorum matre, re« perta, inflammata necdum, nec coalita, et post olei multi in unctio« nem diducta; atque postremo, post eorum refusionem secundum « artem, gastroraphia ex voto absoluta, primum quidem enemata « emollientia alvum denuo aperuerint, postea vero vires restaurati « corporis ipse sponte sua apertam illam servaverint, eo effecta, ut « illa ex orci faucibus veluti erepta, brevi perfecte sanata, et ultra « viginti deinceps annos superstes fuerit » (1).

Moins favorisé que ses deux prédécesseurs, Dupuytren (2), sur l'approbation de Récamier, pratiqua la gastrotomie dans un cas d'étranglement interne. Il fit l'incision sur la ligne blanche, depuis l'ombilic jusqu'à 3 pouces et demi au-dessous; mais les intestins ne sortirent pas par la plaie, ce qui fit juger qu'ils avaient contracté adhérence. On ne découvrit pas le siége de l'étranglement, et à l'autopsie, on trouva des fausses membranes et des foyers purulents. Une portion d'intestin grêle passait derrière l'épiploon, entre lui et

(1) Velse, *de Mutuo intestinorum ingressu.* — Haller, *Disputatio anatomica.*

(2) Thèse de Maunoury, déjà citée.

le cœcum, et était étranglée par les adhérences ; l'épiploon avait rétréci et même oblitéré la cavité intestinale par un véritable étranglement, au-dessus duquel les parois intestinales étaient gonflées, épaisses, et formaient un bourrelet oblique, correspondant à l'impression que l'épiploon avait laissée sur l'intestin. Cette anse intestinale avait donc été étranglée dans l'angle rentrant formé par l'iléon et l'épiploon.

Il est essentiel d'ajouter que le malade était dans de trop mauvaises conditions pour que l'opération pût avoir une chance de réussite.

On trouve dans les *Archives de médecine* une observation des plus remarquables d'invagination, où la gastrotomie, pratiquée par le Dr Fuschsius, a été suivie d'un plein succès (1).

Un jeune homme très-robuste, âgé de vingt-huit ans, cultivateur, fut pris subitement, pendant son travail, de douleurs aiguës dans la région ombilicale; l'intensité de ces douleurs l'obligea d'abandonner ses travaux. Sa marche jusqu'à la maison fut très-pénible et très-doulouseuse ; le même jour, il fut pris de vomissements de matières muqueuses seulement. Il fut saigné ; un lavement procura une selle ; mais le gros intestin seul put être vidé.

Cinq jours après le début de sa maladie, M. Fuschsius le vit pour la première fois ; il était alors sans douleur, le teint jaune, la figure souffrante ; pouls faible, régulier, 60 pulsations par minute ; les douleurs existaient autour de l'ombilic.

M. Fuschsius sentit distinctement une tumeur dans la région du colon transverse, dont les limites étaient difficiles à établir, à cause de sa profondeur. — Nouvelle saignée, lavements.

La constipation persiste ainsi que les douleurs. M. Fuschsius constate la persistance de la tumeur, sans changement de position ni

---

(1) *Arch. gén. de méd.*; *Journal der practischen Heilkunde*, 1825.

de forme; il pensa alors qu'il existait une lésion physique aux intestins, et le seul remède à ses yeux était l'ouverture de l'abdomen.

Cependant il retarda encore; les vomissements cessèrent, la douleur, les coliques et la tumeur restèrent les mêmes, ce qui fit croire à l'invagination des intestins. Cependant, bien qu'appuyé par une grande autorité en chirurgie, le célèbre Richter, qui conseille l'opération, il retarda encore, et eut recours aux purgatifs drastiques, aux lavements de tabac, et enfin au remède héroïque, au mercure cru; 6 onces furent administrées infructueusement. Enfin, au douzième jour de la maladie, le malade se soumit à l'opération. Il fut couché sur le dos; l'opérateur fit une incision de 2 pouces de long au-dessus de l'ombilic, au côté externe du muscle droit de l'abdomen, du côté droit. Le péritoine fut d'abord fort peu divisé; puis on agrandit la plaie jusqu'à lui donner l'étendue de 7 à 8 pouces; alors l'opérateur porta la main, enduite d'huile, dans le ventre, où il rencontra immédiatement la tumeur observée auparavant. Cette tumeur était formée par une masse d'intestins, qu'il reconnut pour une invagination; cette masse étant sortie, il ne put la faire dénouer sans inciser de nouveau les parois abdominales transversalement. L'opérateur jugea aussi qu'il était convenable d'ouvrir l'intestin, pour faire sortir les matières contenues et accumulées dans l'intérieur; il pratiqua une incision de 2 pouces d'étendue, introduisit le doigt indicateur, sentit la portion d'intestin invaginée, et, la retirant doucement, il en déroula environ 2 pieds de long. La suture du pelletier fut pratiquée sur l'intestin, et la plaie de l'abdomen également réunie par une suture. Après l'opération, le malade se sentit soulagé de ses douleurs violentes; dès le lendemain, il eut des selles, et enfin, le quatorzième jour, son état s'étant amélioré peu à peu, il était parfaitement guéri : il n'y eut point d'inflammation du péritoine.

Enfin en 1848, le Dr Golding-Bird, médecin de l'hôpital de Guy,

et le Dr Hilton, chirurgien du même hôpital, ont eu recours à la gastrotomie, dans un cas bien reconnu d'étranglement (1).

Un jeune homme de vingt ans, constipé depuis deux jours, éprouva tout d'un coup, pendant qu'il était au lit, une sensation de déchirure à 2 pouces environ, et à droite de l'ombilic, vers l'épine iliaque. M. Bird se décida, avec M. Hilton, à pratiquer la gastrotomie. Une incision fut faite sur la ligne médiane depuis l'ombilic jusqu'à 1 pouce de la symphyse pubienne, et le péritoine fut ouvert.

M. Hilton finit par découvrir du côté droit 6 ou 7 pouces d'intestin grêle, qui étaient étranglés à travers une ouverture annulaire, en partie formée par une autre portion de l'intestin grêle, et par quelques adhérences anciennes avec les os du bassin, au niveau des vaisseaux iliaques externes. A l'aide de douces tractions, M. Hilton finit par dégager l'intestin ; la plaie abdominale fut ensuite fermée avec plusieurs points de suture. Malheureusement le malade succomba neuf heures après.

Que doit-on penser d'une opération de cette nature ?

Des objections qui paraissent plus sérieuses qu'elles ne le sont en réalité ont été faites à la gastrotomie.

On a parlé par exemple des revers ; quelle est l'opération qui n'en a pas eu ?

Quelques chirurgiens distingués ont beaucoup redouté l'inflammation consécutive du péritoine ; mais des faits nombreux prouvent aujourd'hui qu'on peut ouvrir largement la cavité abdominale sans que les opérés succombent nécessairement. Tels sont ceux rapportés par MM. Tuefferd, le professeur Stoltz, Bach, etc., relativement à des opérations césariennes suivies de guérison.

Les uns ont fait ressortir la difficulté de s'assurer du siége de l'oblitération intestinale ; il est exact de dire que souvent l'indéci-

---

(1) *L'Union médicale*, t. 2, p. 6.

sion existe sur le siége véritable de l'étranglement. Cependant les indications de M. Laugier, d'après les phénomènes différents que présente l'abdomen par la distension de l'intestin grêle ou du gros intestin ; d'un autre côté, les lavements qu'a proposés M. Amussat pour savoir jusqu'où le liquide était susceptible d'arriver, peuvent conduire à de certaines probabilités.

D'autres ont fait valoir contre l'opération la possibilité de ne pas rencontrer l'obstacle au cours des matières, alors même que la cavité abdominale est ouverte ; mais cette objection n'est pas fondée, puisqu'en admettant cette circonstance fâcheuse, on aurait la ressource d'établir un anus artificiel en pratiquant l'entérotomie.

Le reproche le plus grave, sans contredit, adressé à la gastrotomie, c'est la possibilité de la guérison par les efforts seuls de la nature. Il est heureusement vrai, et c'est un fait bien digne de remarque, que dans l'étranglement par invagination, la terminaison de la maladie peut avoir lieu par l'élimination de la portion de l'intestin qui a été invaginée et frappée de gangrène.

Mais ce mode de guérison par les efforts de la nature est bien incertain ; il est, en outre, bien limité, puisqu'il ne peut s'appliquer qu'au volvulus.

Qu'il me soit permis maintenant de passer en revue les opinions modernes sur une question d'une si haute importance.

En Allemagne, Frederich Hoffmann admet le projet d'ouvrir le ventre, et demande que le chirurgien ne temporise pas trop avant de s'y déterminer, dans la crainte d'une inflammation considérable du péritoine (1).

Richter conseille fortement la gastrotomie.

Le D$^{r}$ Fuschsius l'a faite avec succès.

Le professeur Rokitansky rejette toute espèce de médicament, et propose le bistouri comme le seul moyen de sauver le malade.

---

(1) *Dissertatio medica de pass. iliaca.*

En Angleterre, MM. Golding-Bird et Hilton partagent cette opinion et en ont donné la preuve.

En France, Hévin (1), dans son article sur la gastrotomie, déclare qu'il vaut mieux abandonner à la Providence des malades aussi désespérés; mais M. Dezeimeris croit que cette opinion, qu'il n'a pas toujours eue, puisqu'il a d'abord approuvé l'opération dans un premier mémoire, lui a été imposée par l'Académie de chirurgie.

Boyer rejette un semblable traitement, à cause de l'incertitude du diagnostic.

Maunoury, que nous avons plusieurs fois cité, le propose dans certains cas et le rejette dans d'autres.

M. Murat, dans le *Dictionnaire de médecine* en 21 volumes, met la gastrotomie au nombre des opérations praticables dans les cas de volvulus.

M. Raige-Delorme conclut contre la gastrotomie proprement dite, et admet l'entérotomie.

Dupuytren et Récamier l'ont pratiquée sans succès, il est vrai, mais, je crois, sans remords.

Nous transcrivons avec d'autant plus de plaisir que nous la partageons, la pensée nettement formulée de Breschet (2).

« Nous sommes arrivés, dit-il, à une époque où la science chirurgicale, éclairée par le flambeau de l'anatomie et les progrès des connaissances humaines, ne doit plus se laisser arrêter par ces préjugés timides, qui si longtemps enchaînèrent son essor. Confiée à des mains habiles, cette opération n'offre pas plus de danger que toutes celles qu'on entreprend journellement sur les diverses parties du corps, et présente, autant qu'elles toutes, des chances favorables au succès. »

---

(1) *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, t. 4.

(2) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. 17.

M. Bégin, au contraire, est d'avis qu'on doit garder, au sujet de cette opération, une sage réserve.

MM. Bouvier et Lenoir pensent qu'il est beaucoup de circonstances où l'on doit opérer, mais la question ne leur semble pas suffisamment éclairée pour tous les cas.

Le Dr Bitot, de Bordeaux, a adressé à la Société de chirurgie de Paris, un mémoire dans lequel il a cherché à déterminer les conditions de l'étranglement interne qui nécessitent la gastrotomie. Nous exprimons le regret de n'avoir pu nous procurer ce travail, qui nous eût vivement intéressé, et qui eût peut-être confirmé nos conclusions.

D'après cet exposé, il résulte pour nous que la gastrotomie est une opération qui, dans l'état actuel de la science, peut être acceptée en chirurgie.

Si par elle on n'arrive pas au but désiré, c'est-à-dire à trouver le siége de l'étranglement, on pourra, sans plus de danger pour le malade, avoir recours à l'opération secondaire, dont nous allons parler maintenant.

GASTRO-ENTÉROTOMIE. — La gastro-entérotomie est une opération par laquelle on incise une anse intestinale que l'on fixe ensuite au dehors de la plaie abdominale pour établir un anus artificiel.

Comme la gastrotomie, elle compte des partisans nombreux et distingués; comme elle aussi, elle a eu succès et revers.

On peut faire remonter la première idée de la gastro-entérotomie à Cœlius Aurelianus, qui, ainsi que nous l'avons écrit, voulait que l'on fît une incision au ventre et même au boyau.

Maunoury, dans sa thèse déjà citée, conseille ce procédé opératoire dans certaines circonstances.

Depuis quelques années, cette opération a été faite plusieurs fois, et MM. Laugier et Amussat, et Maisonneuve surtout, ont cherché à la faire prévaloir.

En 1838, M. Monod, un des premiers, a eu l'occasion de la pra-

tiquer (1) sur une domestique couchée dans le service de M. Briquet, âgée de trente-cinq an, qui avait présenté tous les symptômes d'un obstacle au cours des matières. Il fit la gastro-entérotomie au niveau de l'obstacle. Par une circonstance fâcheuse, l'anse intestinale, qui avait été amenée au dehors, rentra dans la cavité abdominale. Il fallut la tirer de nouveau au dehors et la fixer par deux points de suture. Cette seconde manœuvre fut peut-être cause, au dire de M. Ducros qui a publié l'observation, d'une péritonite générale qui enleva la malade. Ajoutons toutefois qu'une mort prochaine était inévitable, puisqu'on constata, au niveau du cœcum, une tumeur squirrheuse, qui avait occasionné par compression l'étranglement de cet intestin.

M. Maisonneuve (2) a lu à l'Académie royale des sciences la relation d'une belle opération de gastro-entérotomie qu'il a pratiquée avec succès dans un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle. L'observation de ce fait est trop longue, trop détaillée, pour que nous puissions la reproduire dans notre travail, aussi préférons-nous renvoyer le lecteur à la page 174 du tome 6 des *Archives générales de médecine*. Disons seulement qu'un mois après l'opération, la malade pouvait se lever, se promener, boire et manger comme en bonne santé. Le linge cératé qui recouvrait la plaie était à peine sali par un suintement stercoral; les selles étaient régulières, précédées seulement de légères coliques; depuis lors, la malade est toujours restée complétement guérie.

M. le professeur Nélaton a établi un anus contre nature (3), il y a quelques années, et dans les circonstances suivantes :

Un malade, couché dans le sevice de M. Chomel, remplacé alors par M. Vigla, présentait des symptômes d'étranglement interne.

---

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. 2, p. 445; 1838.

(2) *Arch. gén. de méd.*, t. 6; 1844.

(3) *L'Union médicale*, 1851.

M. Nélaton, qui faisait le service de M. Roux, fut appelé à examiner ce malade, qui était dans un état désespéré. En présence des accidents menaçants, M. Nélaton n'osa se décider à tenter une opération ; le lendemain, le mal n'avait pas empiré. M. Nélaton, qui avait réfléchi aux éventualités d'une opération, se décida à agir, considérant l'état si grave du malade dont la mort était imminente. Il fit à la paroi abdominale une incision : à l'instant se présenta une anse d'intestin grêle ; il l'ouvrit longitudinalement dans l'étendue d'un pouce; immédiatement il sortit une énorme quantité de matières. Il y eut un soulagement très-grand ; les deux lèvres de la plaie intestinale furent fixées aux lèvres de l'incision abdominale. Le mieux éprouvé par le malade n'empêcha pas la péritonite, dont on avait reconnu des traces sur l'anse intestinale amenée au-dehors, de continuer sa marche, et la mort survenait trente-six heures après l'opération. A l'autopsie, on vit que l'anse intestinale était parfaitement adhérente à la plaie abdominale, et que l'ouverture avait été faite sur l'intestin grêle, près de l'étranglement, qui lui-même avait son siége tout auprès du cœcum. Il n'y avait qu'un pied environ de l'intestin perdu.

Malgré cet insuccès, M. Nélaton est disposé à pratiquer cette opération, si l'occasion se présente de nouveau. Il a du reste publié une observation fort curieuse de guérison, dans laquelle on voit que l'étranglement a été dissipé ; les matières ont repris leur cours, et le chirurgien a pu alors réunir les lèvres divisées de l'intestin, et par autoplastie, boucher la plaie de la paroi abdominale.

M. le professeur Denonvilliers a fait une opération semblable, et avec le même succès.

D'autre part, MM. Michon et Lenoir repoussent formellement la pratique d'un anus artificiel.

L'anus contre nature une fois établi, on injecte par l'un ou les deux bouts de l'intestin divisé des aliments liquides, tels que bouillons, potages, jus de viande, ainsi que l'a parfaitement indiqué M. Voillemier. Si les malades ne pouvaient digérer, on pourrait

leur administrer, comme l'a recommandé dernièrement le D[r] Lucien Corvisart, des aliments tout digérés par le suc gastrique des animaux.

Dans une discussion survenue récemment à la Société de chirurgie, par suite d'un rapport de M. Gosselin (1) sur un cas d'étranglement intestinal présenté par M. Bouvier, M. le D[r] Maisonneuve a donné de vive voix quelques considérations sur une nouvelle opération qu'il a imaginée pour combattre les étranglements. A la suite d'expériences nombreuses sur les animaux, il a reconnu qu'on pouvait impunément soustraire une grande portion de l'intestin à la circulation. Ainsi il a anastomosé l'intestin grêle à peu de distance du duodénum avec le gros intestin, et les animaux ont guéri, même quand il oblitérait la partie d'intestin soustraite à la circulation. Il considère cette opération comme facile, innocente, et ne présentant pas plus de danger que le débridement des hernies étranglées. Elle peut amener immédiatement le résultat désiré, et les accidents cessent de suite. Quant à la portion d'intestin laissée de côté, elle ne doit donner aucune inquiétude; les fonctions physiologiques d'absorption s'y continuent. Ce grand cul-de-sac reçoit les matières, et les rejette par un mouvement antipéristaltique après qu'elles ont fait un séjour suffisant, c'est du moins ce que M. Maisonneuve a pu observer sur les animaux soumis à ses expériences.

Quant à l'épanchement intra-péritonéal que l'on doit redouter, ce chirurgien hardi assure qu'on n'a pas à aller chercher l'intestin grêle, mais qu'il vient à vous, dès que la paroi abdominale est ouverte, et qu'on n'opère le débridement que lorsqu'il est en dehors du ventre. Comme ce procédé opératoire est à l'état de projet et n'a pas encore été pratiqué sur des malades, je crois qu'il est de toute prudence d'attendre les résultats que fournira l'expérience.

---

(1) *L'Union médicale*, 16 juillet 1851.

Pour terminer ce qui concerne le traitement chirurgical de l'affection dont je me suis occupé, je dirai que si j'avais à me prononcer dans un cas bien caractérisé d'étranglement interne, je n'hésiterais pas à adopter l'opération de la gastrotomie, sauf à la terminer par l'entérotomie avec formation d'anus artificiel, si l'obstacle n'était pas découvert.